



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Oncológica

Comunicação da equipa de enfermagem com o doente oncológico na visita pré-operatória

Anabela Oliveira Rodrigues Pinto

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Oncológica

Comunicação da equipa de enfermagem com o doente oncológico na visita pré-operatória

Anabela Oliveira Rodrigues Pinto

**Dissertação de Relatório de Estágio orientada pela
Professora Doutora Maria Alexandra Pinto Santos**

2012



Para o nosso equilíbrio dinâmico é essencial aprofundar o diálogo, abertos à aprendizagem, esclarecidos de que, todas as pessoas em todas as idades, precisam de ser conhecidas, reconhecidas, estimadas para continuarem o esforço de aprofundarem a qualidade relacional e profissional.

(Frei Bernardo, “A pessoa vive, comunica, morre e ressuscita”, 2000)

AGRADECIMENTOS

À orientadora deste relatório de estágio, Professora Doutora Alexandra Pinto Santos, pelos seus ensinamentos, pelo incentivo e incansável disponibilidade.

Aos enfermeiros que participaram na implementação do projeto em especial à enfermeira coordenadora do bloco operatório enfermeira Teresa Leal.

Aos meus pais pela disponibilidade e ajuda nos momentos mais difíceis.

Um agradecimento pessoal ao meu marido pelo seu companheirismo e compreensão ao longo desta morosa mas gratificante caminhada.

Aos meus filhos pela compreensão nos momentos de ausência da mãe.

A todos os que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste trabalho, o meu bem-haja.

RESUMO

A cirurgia é o tratamento primário da maioria das neoplasias e estas estão associadas ao medo da morte e ao sofrimento tendo por isso um profundo impacto nos doentes e famílias, mas também nos enfermeiros, refletindo-se em dificuldades várias na comunicação com os doentes quando é necessário dar notícias sobre a natureza incerta da doença ou dos tratamentos e das implicações que isso tem na sua vida. A VPO constitui-se como um desses momentos para a enfermeira que trabalha no bloco operatório. Ao verificar que a equipa de enfermagem do bloco operatório realiza 41% das VPO programadas no grupo de cirurgias não oncológicas e 26,6% no grupo de cirurgias oncológicas e que não preenche nenhum dos itens do campo “cirurgia” da folha de registos da visita decidiu-se melhorar a qualidade da comunicação dos enfermeiros com o doente oncológico na VPO e como principais objetivos: analisar as capacidades de comunicação dos enfermeiros para prestar cuidados ao doente oncológico durante a VPO, adquirir competências de comunicação com o doente oncológico na fase subsequente à decisão cirúrgica e desenvolver competências para dinamizar o processo de mudança da comunicação da equipa de enfermagem com doente oncológico durante a VPO.

A metodologia utilizada foi a de projeto, que decorreu durante seis meses em três campos de estágio. Envolveu 14 enfermeiros pertencentes a um bloco operatório. Foi feito um diagnóstico da situação por questionário para identificar os “aspetos considerados importantes na comunicação com o doente oncológico” e as “dificuldades sentidas na comunicação com o doente oncológico” e delineado um plano de formação também baseado nos resultados de estudos científicos na área da comunicação com o doente oncológico no pré-operatório.

Os resultados mostram que a equipa de enfermagem melhorou a sua prática de cuidados, pois realizou 84,2% das VPO programadas ao doente oncológico e 6,2% dos itens do campo “cirurgia” da folha de registos das VPO realizadas é que não tinha nada preenchido.

Sugere-se a supervisão do projeto de modo a haver uma melhoria contínua da qualidade da informação transmitida pelo enfermeiro ao doente oncológico na visita pré-operatória.

Palavras-chave: relação enfermeiro doente, pré-operatório, comunicação, cancro.

ABSTRACT

Surgery is the primary treatment for most cancers. It is associated to the fear of death and suffering and therefore has a profound impact in patients and their families. Also in the nursing class this reflects in diverse communication difficulties with patients, when it is necessary to provide information about the uncertain nature of their disease, or concerning the treatments and their implications on patients' life. Preoperative visit (POV) represents one of those moments for the nurse that works in the operating room. By verifying that the nursing team in the operating room conducts 41% of the scheduled POV in the non-oncologic surgeries group and 26,6% in the oncologic surgeries group, and that the nursing team does not fill in any of the items of the worksheet field "surgery"; it was decided to improve the quality of communication between the nurse and the oncologic patient in POV with the main objectives: analyze the nurses communication skills to provide care to the oncology patient during POV; gain communication competencies towards the oncology patient in the phase subsequent to surgery decision, and develop competencies to stimulate the change process of communication between the nursing team and the oncology patient during POV.

The methodology used was project methodology, which occurred during six months in three training camps. Fourteen (14) nurses pertaining to an operating room were involved. A situation diagnosis was conducted through a questionnaire to identify the "main important aspects in the communication with the oncology patient" and the "difficulties felt in the communication with the oncology patient". A training plan was outlined, also based in results from scientific studies in the area of communication with the oncology patient in preoperative.

Results demonstrate that the nursing team improved their care practice, as 84,2% of the scheduled POV with the oncology patient were conducted and only 6,2% of the POV worksheet field "surgery" items had nothing populated.

Project supervision is suggested in order to ensure the continuous improvement of the quality of information transmitted by the nurse to the oncology patient in the preoperative visit.

Key words: Nurse/Patient relationship, preoperative, communication, cancer.

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	10
1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA	14
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
2.1. A visita do enfermeiro do bloco operatório ao doente oncológico	19
2.1.1. A visita pré-operatória.....	19
2.1.2. O doente oncológico face à perspetiva da sua cirurgia	20
2.2. A comunicação entre o enfermeiro e o doente oncológico na visita pré-operatória	22
2.2.1. Comunicação de más notícias.....	23
2.2.2. Protocolo SPIKES.....	25
2.2.3. O lugar da comunicação na díade enfermeiro-doente oncológico.....	26
2.3. Dimensão ética da comunicação com o doente oncológico na visita pré-operatória	27
3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	29
3.1. Análise do percurso de estágio no bloco operatório de um hospital central	29
3.2. Análise do percurso de estágio na consulta externa de uma unidade de doença oncológica da mama	32
3.3. Análise do percurso de estágio no bloco operatório de um hospital distrital	37
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
5. BIBLIOGRAFIA	48
ANEXOS	52

Anexo I – Folha de registos de enfermagem da visita pré-operatória do bloco operatório de um hospital distrital.....	53
---	-----------

APÊNDICES.....56

Apêndice I – Reflexão sobre a comunicação entre enfermeira e três pessoas com cancro na visita pré-operatória	57
Apêndice II – Reflexão da comunicação com uma doente na consulta de enfermagem da consulta externa de uma unidade de doença oncológica da mama	65
Apêndice III – Questionário.....	73
Apêndice IV – Análise de conteúdos dos dados do questionário	76
Apêndice V – Plano de formação do curso “ Treino de habilidades de comunicação”	82
Apêndice VI – Slides da sessão de formação “Treino de habilidades de comunicação – Formação teórica”	84
Apêndice VII – Slides da sessão de formação “Treino de habilidades de comunicação – Formação prática e reflexiva”	91
Apêndice VIII – Guia orientador para realização da visita pré-operatória.....	93
Apêndice IX – Folheto informativo sobre o bloco operatório.....	95
Apêndice X – Cartaz – “Comunicação com o doente oncológico”	98
Apêndice XI – Cartaz – “Protocolo SPIKES”	100
Apêndice XII – Folheto de bolso informativo do protocolo SPIKES	102

LISTA DE GRÁFICOS

p.

Gráfico 1 – Visitas pré-operatórias programadas e realizadas em novembro e dezembro ao doente oncológico.....	38
Gráfico 2 – Preenchimento dos itens do campo “cirurgia” da folha de registos da visita pré-operatória em novembro e dezembro	39
Gráfico 3 – Visitas pré-operatórias programadas e realizadas no primeiro trimestre de 2012	45
Gráfico 4 – Preenchimento dos itens do campo “cirurgia” da folha de registos da visita pré-operatória no primeiro trimestre de 2012	46

SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN – Association Operating Room Nurses

APA – American Psychological Association

ARS – Administração Regional de Saúde

BO – Bloco Operatório

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

EONS – European Oncology Nursing Society

EORNA – European Operating Room Nurses Association

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNPCDO – Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas

VPO – Visita Pré-Operatória

INTRODUÇÃO

Este relatório reflete o desenvolvimento de um projeto de estágio inserido no II Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Oncológica. Foi realizado durante seis meses, com início a 3 de outubro de 2011 e termino a 17 de fevereiro de 2012, num BO de um Hospital Central, numa consulta externa de uma unidade de doença oncológica da mama e num BO de um Hospital Distrital.

O tema do projeto centra-se na comunicação estabelecida entre o enfermeiro e o doente oncológico durante a realização da VPO. Este tema é atual e pertinente pelo facto de a cirurgia ser o tratamento primário indicado na maioria das neoplasias, sendo as Regiões de LVT e Norte as que registam o maior número de inscritos para cirurgia bem como a maior produção cirúrgica do total de neoplasias malignas existentes no País (Alto Comissariado da Saúde, 2009).

Tal como em outros países desenvolvidos, também em Portugal o cancro é a segunda causa de morte (22,2% do total de óbitos em 2006), no entanto, a mortalidade por cancro para a população na faixa etária dos 45 aos 74 anos transita para a primeira posição, passando a representar 30% dos óbitos das pessoas nessas idades (Alto Comissariado da Saúde, 2009).

O tratamento cirúrgico, quer seja usado com fins terapêuticos ou paliativos, afeta, não só física, mas psicologicamente a pessoa causando-lhe alterações da imagem corporal, da autoestima e do autoconceito que interferem na sua qualidade de vida. Assim sendo, as estratégias de comunicação e a relação de ajuda assumem-se para os profissionais de saúde como um processo de enorme complexidade, mas que se constitui também numa das armas mais poderosas no que diz respeito à ajuda necessária à aceitação, à confrontação da doença e à adaptação face às mudanças que ocorrem (Pereira, 2008).

A AORN defende que, “os doentes devem de ser avaliados no pré-operatório por um enfermeiro perioperatório, e que deve ficar registado e traçado um plano de cuidados individualizado” (2007, p. 965), e clarifica também que “as intervenções de cuidados holísticos podem incluir a comunicação terapêutica (...) e deve começar com o encontro pré-operatório” (2007, p. 967).

A comunicação que se estabelece nesta fase de tratamento da doença oncológica constitui-se como um instrumento fundamental para fazer face a todas as dimensões da pessoa doente e em sofrimento, assumindo-se como uma componente essencial da assistência aos doentes e suas famílias. Ela deve ser “compassiva, empática e sensitiva para reduzir o risco de agravamento da ansiedade e depressão” (Palmer & Thain, 2010, p. 27).

São inúmeros os autores que defendem que a comunicação é essencial nos cuidados de saúde, como por exemplo Phaneuf que nos diz que “a comunicação constitui a principal ferramenta terapêutica de que dispõe a enfermeira, uma vez que lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a conceção do mundo” (2005, p. 17). Permite dar informação, responder ao doente e cuidador numa linguagem acessível, reconhecer a resposta emocional à informação bem como responder às dúvidas e preocupações.

A AESOP considera a visita pré-operatória como “um momento de conhecimento para o doente e para o enfermeiro (...) propício para o desenvolvimento de uma relação de ajuda, sem pressas num contexto mais calmo” (2006, p. 11) onde “através da escuta ficamos a saber as expectativas, necessidades, limitações e dúvidas do doente” (2006, p. 11), desde que o enfermeiro nesta sua atividade de escuta esteja “atento a toda a comunicação verbal e não-verbal da pessoa que está à sua frente” (2006, p. 11). Sabe-se que a informação que o profissional dá ao doente oncológico influencia a morbilidade e a qualidade de vida do doente (Palmer & Thain citando Buckman, 2010).

Vários estudos científicos sobre comunicação do enfermeiro com o doente oncológico e sobre comunicação do enfermeiro com o doente oncológico na realização da VPO, entre os quais, Parker, Aaron e Baile (2009); McEnhill (2008); Kruijver *et al* (2001), Heaven, Clegg e Maguire (2006); Santos, Sousa, Alves, Bonfim e Fernandes (2010); Westerling & Bergbom (2008) e Reynolds e Carnwel (2009) concluem que uma boa comunicação pode aliviar o sofrimento psíquico que é definido como uma reação emocional intensa resultante da incerteza em relação ao futuro, do sofrimento e dor física, da dependência, da perda de controlo sobre os acontecimentos, dos efeitos secundários dos tratamentos e muitas vezes da perda do papel desempenhado na família e na sociedade, pelo que esta deve ser vista como uma habilidade fundamental que merece um considerável investimento de tempo e recursos na formação.

Westerling e Bergbom consideram que “a relação é estabelecida e mantida através da interação e da comunicação” (2008, p.143) revelando que a comunicação com o doente oncológico e sua família na visita pré-operatória tem “um efeito positivo em relação ao momento que o doente está a viver” (2008, p. 142), uma vez que “os sentimentos dos doentes são valorizados e compreendidos” (Reynolds & Carnwell, 2009, p. 43).

Comunicar com o doente oncológico em fase pré-operatória é um trabalho exigente e, uma vez que os enfermeiros são os elementos da equipa que têm um contacto mais frequente e prestam a maioria dos cuidados, são os profissionais de saúde que habitualmente têm um relacionamento mais próximo e intenso com os doentes podendo como referenciam, Santos *et al* (2010) e Reynolds e Carnwel (2009), sentir-se seguros e confiantes através da relação que estabelecem com estes profissionais de saúde neste momento de impotência e sofrimento.

Como refere King, “ a comunicação influência os objetivos de uma pessoa, as suas necessidades, expetativas e é uma forma da troca de informação com o meio” (1984, p. 72), mas para “ser eficaz deve acontecer numa atmosfera de respeito mútuo”. (1984, p. 72).

Contudo, embora a comunicação constitua um pilar básico da enfermagem, os enfermeiros, na sua generalidade, confrontam-se com muitas dificuldades quando comunicam com o doente oncológico, pelo que adotam várias vezes mecanismos de proteção para fazer face à complexidade do processo. Também Kruijver *et al* referem no seu estudo que os enfermeiros se centram na comunicação instrumental em detrimento da afetiva, existindo “um desequilíbrio na utilização de ambos os tipos de comunicação pelos enfermeiros, caracterizada por uma preocupação técnica e negligência da componente emocional” (2001, p.141), ou seja os enfermeiros centram a comunicação na informação sobre a doença e seu tratamento e na prestação de cuidados técnicos em vez de se centrarem em mostrar “respeito, dar conforto e confiança” (Kruijver *et al*, 2001, p. 141), que geram a sensação de ser compreendido e criam um ambiente propício à construção da relação de ajuda.

Tendo verificado na equipa de enfermagem a dificuldade em comunicar com o doente oncológico e a inexistência de um protocolo facilitador da comunicação com este tipo de doentes, considereei pertinente desenvolver um projeto de intervenção que capacitasse essa equipa para comunicar com este tipo de doentes, colaborando na

melhoria contínua da qualidade dos cuidados e indo ao encontro das competências comuns do enfermeiro especialista defendidas pela OE (2009).

Assim, este projeto teve como finalidade melhorar a qualidade da comunicação dos enfermeiros com o doente oncológico na visita pré-operatória. Os objetivos traçados para desenvolver competências enquanto enfermeira especialista nesta área foram: analisar as capacidades de comunicação dos enfermeiros para prestar cuidados ao doente oncológico durante a visita pré-operatória; adquirir competências de comunicação com o doente oncológico na fase subsequente à decisão cirúrgica; identificar as estratégias de formação mais adequadas para dinamizar o processo de mudanças da comunicação da equipa de enfermagem com doente oncológico durante a visita pré-operatória.

O projeto baseou-se na implementação de um protocolo de comunicação durante a VPO (protocolo SPIKES) com a colaboração de toda a equipa de enfermagem que realiza essa visita. Esta metodologia pretendeu, através do diagnóstico inicial da situação, modificar a prática de cuidados da equipa de enfermagem de forma gradual, refletida e consistente.

O relatório está estruturado em seis capítulos. A introdução, onde se apresenta genericamente o tema e alguns elementos da sua pertinência; a definição da problemática, que descreve a situação problema bem como os motivos da sua escolha; o enquadramento teórico, que aborda num primeiro subcapítulo, os objetivos e características da VPO, bem com a importância que esta pode ter para o doente oncológico que espera a cirurgia, num segundo subcapítulo, refere-se aos problemas que o enfermeiro encontra quando comunica com uma pessoa com cancro e quais as soluções para os resolver e num terceiro subcapítulo levanta com brevidade as questões éticas que o enfermeiro pode encontrar na véspera da cirurgia; o quarto capítulo descreve a implementação do projeto em três locais de estágio expondo o percurso realizado e as aprendizagens aí conseguidas; o quarto e quinto capítulos dedicam-se às considerações finais e à bibliografia.

Após a implementação do projeto pode-se concluir que a equipa melhorou a qualidade da comunicação estabelecida com o doente oncológico ao aumentar o número de visitas pré-operatórias realizadas e ao melhorar os registos na folha de registos da VPO do campo “cirurgia”.

Foi utilizada a norma APA como guia orientador das citações e referências bibliográficas utilizadas. Todo o texto está escrito segundo o novo acordo ortográfico.

1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Este capítulo expõe a problemática da comunicação dos enfermeiros com o doente oncológico na VPO que deu origem ao projeto e a articulação estreita que esta tem com a reflexão das competências de especialista estabelecidas pelo Modelo de Desenvolvimento Profissional da OE e da Área de Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESEL.

A escolha desta problemática está relacionada, por um lado com a cirurgia ser o tratamento primário da maioria das neoplasias, por outro com a associação que a doença oncológica tem como causa de morte e por último com o facto de se saber que quando as enfermeiras tem de dar notícias a estes doentes da natureza da doença e/ou dos seus tratamentos referem precisar de “aprender como comunicar afetivamente sobre assuntos emocionais (...) e como integrar estes aspetos intencionalmente durante a prestação de cuidados clínicos ou técnicos na prática de enfermagem” (Kruijver, Kerkstra, Francke, Bensing & Wiel , 2000, p. 130).

Para além de ser a segunda causa de morte em Portugal, as doenças oncológicas, como refere o Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas, têm um profundo impacto nos doentes, nas famílias e na sociedade em geral, sendo consideradas uma das doenças mais temidas pela população em geral (PNPCDO, 2007), pois são entendidas como doença fatal, uma vez que frequentemente atentam contra a vida, estando por isso associadas a um sofrimento que muitas vezes é agravado pelo alcance das consequências que os tratamentos, que lhe possibilitam a cura ou a sobrevivência, têm na saúde.

Face ao diagnóstico, muitos doentes parecem experimentar “medo, raiva, ansiedade, depressão ou desamparo” (Faulkner (1988), FollowrIELD (1988) e Harrison *et al* (1994) citados por Kruijver *et al*, 2001, p. 141), mas sabe-se que o modo como é dada a notícia à pessoa do seu diagnóstico ou da natureza e probabilidades terapêuticas dos tratamentos, “influência o bem-estar do doente e o contacto futuro com o profissional de saúde (Palmer & Thain, 2010, p. 24). Reconhece-se por isso que os doentes oncológicos têm necessidades não só específicas, mas complexas, que exigem do enfermeiro que este seja capaz de uma comunicação eficaz quando presta cuidados ao doente e família, uma vez que é esta que “permite o desenvolvimento da

relação, facilita a troca de informação e é central para a tomada de decisão sobre o consentimento informado dos tratamentos” (Palmer & Thain, 2010, p. 24) a realizar.

A literatura científica tem referido que, nem sempre às enfermeiras das equipas é fácil estabelecer uma relação de ajuda com o doente oncológico, pois temem “causar danos, como a depressão, a desesperança” (Radziewicz & Baile, 2001, p. 951), sentem-se desconfortáveis pelos sentimentos que causam nos doentes, mas também “pela sensação de fracasso” (Radziewicz & Baile, 2001, p. 951) causada pela falta de prática que constatam ter para estabelecer uma relação de ajuda efetiva o que gera insegurança na proximidade dos doentes (Radziewicz & Baile, 2001).

O bloco operatório do hospital distrital onde realizei o último estágio do projeto é composto por quatro salas operatórias, sendo que três funcionam de manhã e de tarde e uma está atribuída 24 horas para a urgência.

Desde 2007 que duas colegas a fazer à época, o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, implementaram a realização da VPO duas vezes ao dia, de manhã para os doentes que são operados à tarde e de tarde para os doentes que são operados no dia seguinte, assinalando-se num mapa as duas enfermeiras responsáveis por essas visitas e tendo sido elaborado uma folha de registos de enfermagem da VPO (anexo I), que passou a ser regularmente preenchida pelas enfermeiras que realizam a visita.

A visita é feita, sempre que possível, pelo enfermeiro de anestesia. No BO desempenho várias funções de enfermagem, uma delas é de enfermeira de apoio à anestesia, como tal, realizo com regularidade esta visita.

A visita pré-operatória é a primeira etapa da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória e consiste, na deslocação de um enfermeiro da sala de operações ao serviço de internamento na véspera ou dia da cirurgia a fim de conhecer o utente que vai ser operado e dar-se-lhe a conhecer, prestar-lhe apoio, esclarecer dúvidas, dar informações, fazer ensino e identificar problemas, de forma a poder estabelecer um plano de cuidados individualizado para o período perioperatório (AESOP, 2006).

O espectro de perguntas que os doentes costumam colocar vai desde simples questões: Qual o tempo de internamento? Que tratamentos há a efetuar após cirurgia? Afinal o que é que eu tenho? Quando é que a minha família me pode ver? Como é que vai ser a minha vida depois da cirurgia? que são bastante objetivas de serem respondidas, até às conversas sobre: Vou ficar curado? Vou morrer? A doença que

tenho é o cancro? O que me vão fazer? Vou ser operado a quê?

Reynolds e Carnwell falam da dificuldade sentida pelos enfermeiros durante a realização da VPO, estes referem que “é necessário lidar com as perguntas dos doentes” (2009, p. 42) e que é difícil “falar com alguém com cancro” (2009, p. 41)

Nalgumas destas situações percebe-se que o consentimento informado, pelo menos esclarecido e livre, não foi levado integralmente em conta. O consentimento informado pode ser definido como “uma forma de manifestação de vontade que se destina a respeitar o direito do doente a decidir sobre a sua saúde, sendo fundamental que haja uma adequada informação para que seja verdadeiramente esclarecido” (ARS Norte, 2009, p. 1).

Diante desta realidade percebe-se que a visita representa uma oportunidade para o enfermeiro: promover o conhecimento do doente; esclarecer as suas dúvidas tendo a consciência de que existem limites à informação pelo que é necessário ter em conta o esclarecimento dado pelo cirurgião aquando da obtenção do consentimento informado para a cirurgia, pois como refere King “a comunicação entre enfermeira e médico (...) entre enfermeiro e membros da família, é essencial para um cuidado seguro e eficaz dos doentes” (1984, p. 85).

Westerling e Bergbom referem que os doentes que têm conhecimento do diagnóstico e com VPO se sentem “reconhecidos, bem recebidos e participantes no processo de cuidar” (2008, p. 133) e que “o doente sente que a enfermeira se preocupa e é responsável por ele” (2008, p. 133).

Apesar de comprovada a importância da comunicação na relação entre o enfermeiro e o doente e dos benefícios da realização da VPO, o que acontece é a omissão dos enfermeiros em realizarem estas visitas ou os que a efetuam estabelecem uma comunicação com o doente tal que lhes permite preencher os campos da folha de registos de enfermagem da VPO relativos à “identificação” do doente, “dados clínicos”, “exames” e “observação geral”, mas deixam especificamente as perguntas abertas (de resposta menos curta) do campo “cirurgia” regularmente em branco.

Durante o mês de outubro avalei a execução do mapa das VPO planeadas e da totalidade de cirurgias com VPO programadas, realizaram-se 41% no grupo de cirurgia não oncológica e 26,6% no grupo de cirurgias oncológicas.

Em conversa informal com os colegas percebi que o desinteresse por realizar as VPO se devia à dificuldade em responder com veracidade a todas as questões que o doente oncológico coloca em relação à sua doença e ao desconforto emocional que

sentem face à pessoa com este diagnóstico.

A escolha desta problemática está relacionada com a diminuição do número de visitas pré-operatórias e com a necessidade de que o enfermeiro saiba comunicar para melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente oncológico durante a visita.

Os sentimentos de causar medo, sofrimento, dor, das reações emocionais dos doentes ou de expressar as suas próprias emoções, que os enfermeiros que realizam a VPO têm vindo a ser identificados por alguns autores. Reynolds e Carnwell dizem que “falar com alguém com cancro é diferente de falar com alguém que vai remover uma unha” (2009, p. 41) referem também que “durante a realização da VPO, os enfermeiros tentam colocar os doentes à vontade, mas perante o tipo de cirurgia de cada doente podem sentir maior ou menor ansiedade” (2009, p. 41). Há autores que dizem que “comunicar com um doente com cancro carrega uma grande carga emocional (...) os enfermeiros parecem ter medo de perder o controlo da situação” (Kruijver *et al*, 2001, p. 141). Outros falam dos receios dos enfermeiros, “do desconforto com reações emocionais, como a negação ou raiva que pode ser direccionado para os prestadores de cuidados ou medo de eliminar a esperança” (Radziewicz & Baile, 2001, p. 951).

Verifica-se claramente que os medos dos próprios enfermeiros podem interferir no momento de comunicar mas Kuijver *et al* dizem que “o treino pode induzir mudanças favoráveis nas habilidades de comunicação” (2001, p. 140).

Um estudo de investigação efetuado sobre a importância da comunicação na VPO, concluiu que “a comunicação surge como central para o papel do enfermeiro com os doentes, envolveu transmitir informação, reconhecendo os sentimentos e demonstrando aos doentes que os seus sentimentos foram reconhecidos” (Reynolds & Carnwell, 2009, p. 43) e que “o papel do enfermeiro na consulta pré-operatória é complexo (...) os enfermeiros devem de estar devidamente preparados” (Reynolds & Carnwell, 2009, p. 45) para responder às necessidades do doente oncológico.

Santos *et al* constataram que “o exercício da comunicação terapêutica configura-se uma prática favorável, estabelece o vínculo enfermeiro-doente, sendo o doente promotor do próprio cuidado” (2010, p. 675) e que atendendo à alta incidência do stress emocional no pré-operatório, “a fonte de apoio estabelecida pela comunicação terapêutica torna-se peça imprescindível” (Santos *et al*, 2010, p. 676).

Atendendo a estes factos questiono: quais são as competências para comunicar com os doentes oncológicos na VPO das enfermeiras do BO? Será que as elevadas

taxas de não realização das VPO programadas pelo BO se devem a dificuldades que a equipa de enfermagem tem em comunicar com o doente oncológico?

Considero que a comunicação está na base de todas as interações, deve de estar presente nos cuidados de enfermagem e é um grande passo na individualização e humanização dos cuidados em Bloco Operatório.

As associações europeias e nacionais defendem que a comunicação no pré-operatório é importante. A European Operating Room Nurses Association (1997) citada pela AESOP diz que “o doente, os familiares e outras pessoas significativas têm o direito de receber a informação necessária, bem como apoio emocional e físico que lhes permita ultrapassar as várias fases dos cuidados perioperatórios” (2006, p. 6).

A AESOP define várias competências para o enfermeiro perioperatório. A sua competência 2 refere-se à comunicação e diz que se deve “habilitar o enfermeiro perioperatório especialista a facilitar todos os tipos de comunicação com doente/família e equipa de saúde multidisciplinar” (2006, p. 188). No caso do doente oncológico a comunicação é uma competência fundamental pela vulnerabilidade emocional em que o doente se encontra face ao diagnóstico de cancro. A importância desta competência deve-se ao facto de não “se poder separar o *eu*, da informação que se comunica e do meio ambiente” (King, 1984, p. 83), ou seja, qualquer informação que se dê não se pode retirar, qualquer movimento corporal que se tenha não se pode eliminar. É da “responsabilidade da enfermeira manter aberta a comunicação com o doente” (King, 1984, p. 88) pois só assim consegue estabelecer e manter uma relação de ajuda.

Estamos na era da comunicação, a qual é considerada um pilar fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa com cancro e sua família e a visita pré-operatória associada a competências de comunicação contribui para uma abordagem holística da pessoa com cancro nas suas diferentes componentes, física, psicológica, espiritual e social.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo enquadra os temas que dão suporte ao projeto e que tem por base uma revisão da literatura efetuada sobre barreiras e modelos de comunicação do enfermeiro com o doente oncológico na VPO. Para Fortin, (1999, p. 74) “a revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação”.

2.1. A visita do enfermeiro do bloco operatório ao doente oncológico

A comunicação é um processo interpessoal complexo e dinâmico que integra a partilha verbal e não-verbal de informações, ideias, comportamentos e relacionamentos “é uma atividade humana básica” (Pereira, 2008, p. 49) que desempenha um papel de extrema relevância em todo o processo de desenvolvimento humano. Quando se fala em comunicação, fala-se num “processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas” (Phaneuf , 2005, p.23).

2.1.1. A visita pré-operatória

A prática dos enfermeiros da sala de operações é muitas vezes vista como um conjunto de técnicas que pode ser substituída por pessoal técnico somente preparado para dar este tipo de resposta. Obviamente que a prestação dos enfermeiros perioperatórios contraria na essência este tipo de filosofia, ao centrarem a sua atuação no doente como um todo. De acordo com a AESOP os enfermeiros perioperatórios “operacionalizam os seus saberes para melhor cuidar, sendo, sem dúvida, uma garantia da qualidade, da continuidade e da educação junto do doente/família e equipa de saúde” (2006, p. 7).

O período perioperatório refere-se aos acontecimentos que têm lugar desde a preparação da cirurgia até à recuperação dos efeitos desta. Dentro deste período destaca a fase pré-operatória. Segundo Marek e Boehnlein (2003, p. 526) “o período pré-operatório começa quando é tomada a decisão de intervenção cirúrgica (...) termina quando o doente é transportado, em segurança, para o bloco operatório”.

A visita pré-operatória visa globalmente tranquilizar o doente oncológico na procura do seu bem-estar face ao diagnóstico e à intervenção cirúrgica, que são fatores geradores de ansiedade, e deve de ser feita por um enfermeiro de bloco operatório para que o doente interprete esta fase do seu percurso (a cirurgia) como “uma parceria de cuidados” em que o enfermeiro de bloco atende as suas necessidades (Santos *et al*, 2010). O doente oncológico através da relação que estabelece com o enfermeiro de bloco operatório ganha confiança no seu trabalho e sente-se incluído no processo de cuidados e tratamentos da sua doença (Westerling & Bergbom, 2008). O enfermeiro é visto como a pessoa que está presente durante o ato cirúrgico e será o elo de ligação entre o exterior e o interior do bloco, pelo que a visita permite dar uma dimensão “mais humanista e menos tecnicista” (AESOP, 2006, p. 11) ao bloco operatório.

Por outro lado, na perspetiva do enfermeiro é nesta fase que se inicia o “acolhimento do doente, tratando-se de um processo contínuo, dinâmico, propício ao desenvolvimento de uma relação de ajuda” (AESOP, 2006, p. 11), que se pretende empática, capaz de satisfazer as necessidades do doente, contribuindo deste modo para diminuir a ansiedade ao criar um ambiente de confiança e segurança.

É durante a visita que a relação do enfermeiro do bloco operatório com o doente se deve estabelecer e através “de uma escuta ativa” tentar perceber quais “as expectativas, necessidades, limitações e dúvidas do doente” (AESOP, 2006, p. 11). Nesta visita o doente e a sua família podem expressar algumas das suas preocupações, e o enfermeiro nesta sua atividade de escuta, tem de estar atento a toda a comunicação verbal e não-verbal onde “a postura, a distância, o olhar, o tom de voz, podem ser indicadores importantes da ansiedade do doente e da forma como o indivíduo está a viver aquele momento” (AESOP, 2006, p. 11).

O enfermeiro perioperatório deve de ser o elemento de ligação entre os diferentes profissionais de saúde e a visita pré-operatória, associada a estratégias de comunicação, fortalece essa ligação.

2.1.2. O doente oncológico face à perspetiva da sua cirurgia

Quando ocorre o internamento para a realização de uma cirurgia oncológica, o doente depara-se com um ambiente que não corresponde ao da sua realidade, sendo desenraizado e perdendo a sua identidade, exposto a um ambiente tecnicista, sem privacidade e invasão do espaço pessoal, envolto em pessoas que não conhece e onde o tempo demora muito a passar, o que aumenta ainda mais a ansiedade.

Além disso, o cancro é fortemente influenciado por representações sociais (de sofrimento, de morte, de ser incurável), que continuam a provocar isolamento e medo da rejeição que se reflete nas vivências pessoais, familiares e sociais, e que conduz a um aumento da dificuldade em enfrentar a doença e a cirurgia, Alarcão refere que a palavra cancro está habitualmente associada às palavras “vulnerabilidade, morte e ansiedade, porque é imprevisível o seu curso” (1989, p. 7)

A vida da pessoa com cancro passa a ser organizada em função da doença, da realização de tratamentos (cirurgia, radioterapia, quimioterapia), pondo muitas vezes, em causa os projetos e planos que se tinham. Para Kübler-Ross (2005, p. 165) “saber enfrentar esses dias ou semanas cruciais depende muito (...) da habilidade de se comunicar”.

O doente oncológico face à perspetiva da cirurgia tem receio, “da anestesia, dos efeitos colaterais da anestesia, da perda do controlo do corpo (...) do risco de vida” (Reynolds & Carnwell, 2009, p. 43), mas também “da alteração da imagem corporal, das limitações decorrentes da cirurgia e dos tratamentos que ainda terá de fazer” (Santos *et al*, 2010, p. 666).

Se a relação de ajuda estabelecida através da comunicação na visita pré-operatória for efetiva, ou seja, se o enfermeiro conseguir transmitir durante a visita ao doente oncológico, respeito, entrega, confiança e conforto (Kruijver *et al*, 2001) a relação de ajuda estabelece-se e verifica-se que o pós-operatório será menos “stressante em virtude do estabelecimento da interação enfermeiro/doente” (Santos *et al*, 2010, p. 667). As informações transmitidas no pré-operatório, a forma como foram transmitidas e a quantidade de informação influenciam a recuperação pós-operatória e a participação do doente oncológico na sua recuperação (Santos *et al*, 2010). Também Westerling e Bergbon referem que a relação estabelecida entre o enfermeiro de bloco e o doente oncológico no pré-operatório tem um efeito positivo na recuperação pós-operatória, o doente sente-se “mais seguro, calmo, capaz de se entregar aos cuidados do enfermeiro (...) tem um maior sentimento de força e segurança” (2008, p. 143). Este tipo de relação estabelecida reduz os sentimentos de isolamento por parte do doente oncológico, fá-lo sentir-se elemento participativo na cirurgia.

2.2. A comunicação entre o enfermeiro e o doente oncológico na visita pré-operatória

Comunicar é um processo aberto e dinâmico, em que tudo o que faz parte da situação, tudo o que está em contacto com o doente é importante e transmite mensagem, desde a linguagem facial ao contacto visual, postura física, movimento do corpo e toque até ao tom de voz (Fernandes, 2007). O desenvolvimento de competências comunicacionais está amplamente “reconhecido como um objetivo essencial da prática e da formação em saúde” (Pereira, 2008, p. 49). O sucesso das intervenções de enfermagem dependem da comunicação, da forma como o enfermeiro ajuda o doente nas suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais.

No momento que antecede a cirurgia, esta competência é fundamental. Fatores como o medo da doença, da morte, da perda da independência e de ter dor desencadeiam sintomas de ansiedade e stress. De acordo com Cassmeyer e Marantides (2003, p. 122), “a reação ao stress inclui componentes de carácter intelectual, comportamental e emocional, como atos de tomada de decisão, recusa e raiva, bem como componentes fisiológicas”.

O estabelecimento de uma relação com o doente oncológico durante a VPO facilita o suporte psicológico e emocional, permitindo a redução da ansiedade e transmitindo segurança ao doente. Na visita pré-operatória o enfermeiro “prepara e apoia o doente/família (...) permite individualizar os cuidados de enfermagem perioperatórios” (AESOP, 2006, p. 11), tornando-os mais humanos.

Os comportamentos humanistas são importantes para a construção da relação enfermeiro-doente oncológico, particularmente para “o equilíbrio entre a comunicação afetiva e instrumental utilizada pelos enfermeiros” (Kruijver *et al*, 2001, p. 141). Para este autor, a comunicação instrumental consiste em informar os doentes sobre a doença e o tratamento, e a comunicação afetiva passa por mostrar conforto, respeito, entrega e confiança (Kruijver *et al*, 2001). Comunicar em enfermagem é “transmitir proximidade, envolvimento e atenção. Não é necessariamente transmitir tarefas de enfermagem, mas facilitar a interação verbal enfermeiro e doente (...) mostrar preocupação, empatia e otimismo” (Kruijver *et al*, 2001, p. 145).

Contudo, existem por vezes barreiras ou dificuldades à comunicação do enfermeiro com o doente oncológico. Uma das grandes dificuldades é conseguir um equilíbrio

entre a verdade, a esperança e o suporte. Outra, é lidar com as emoções dos doentes como a negação e a raiva direcionada para os profissionais de saúde, os comportamentos de bloqueio em que o doente não se abre à interação, nem à revelação das suas preocupações, e outra são as situações familiares complicadas (Baile, Lenzi, Parker, Buckman & Cohen, 2002). Contudo o treino destes profissionais pode “induzir mudanças favoráveis nas habilidades de comunicação” (Kruijver *et al*, 2001, p. 140). Enfermeiros treinados conseguem mais facilmente explorar os sentimentos dos doentes, criar um ambiente de confiança e é neste ambiente que o doente irá revelar as suas preocupações relacionadas com o ter uma doença ameaçadora da vida.

Daí ser imperativo o desenvolvimento das competências comunicacionais que impeçam o levantamento de barreiras e promovam o desenvolvimento de uma comunicação aberta, necessária a um ambiente de confiança e partilha de informação que fomente a participação do doente no seu processo de doença (Pereira 2008).

Sendo o enfermeiro o elemento mais próximo do doente “a visita pré-operatória pode ser considerada como uma atitude personalizada e de humanização dos cuidados de saúde dos nossos hospitais” (Lourenço, 2004, p. 26).

2.2.1. Comunicação de más notícias

Por se tratar de momentos delicados, isto é, que desencadeiam no doente oncológico e família sentimentos de dor, inutilidade e desconforto, a transmissão de más notícias contempla assim uma área de grande dificuldade na relação do profissional de saúde/doente e família (Leal, 2003; Pereira, 2008; Sancho, 2000; Thistlethwaite, 2009).

O termo “más notícias” designa qualquer informação transmitida ao doente ou aos seus familiares que implique, direta ou indiretamente alguma alteração negativa na vida destes. É toda a notícia que afeta o domínio cognitivo, emocional, espiritual e comportamental e altera a dinâmica familiar (Baile *et al*, 2000). Também Buckman (1992, p. 15) define “má notícia” como “toda a informação que envolva mudança drástica e negativa na vida da pessoa”. Pereira (2008) alerta para o facto de ser difícil construir um conceito que reflita todas as situações de saúde que implicam uma má notícia, referindo ainda que os profissionais têm tendência para valorizar o seu próprio significado, motivo pelo qual por vezes descuram aspetos que consideram ser banais, embora possam ser significativos para o doente. Num outro estudo realizado por a

mesma autora (2005), os profissionais de saúde associam má notícia à doença, nomeadamente doenças graves como a doença oncológica e a morte.

A transmissão de más notícias são situações que geram perturbação quer na pessoa que recebe a notícia, quer na pessoa que a transmite, pelo que a comunicação deste tipo de notícias é considerada por todos os profissionais de saúde como uma tarefa difícil, que encaram “como um cálvário, fazendo-os sentir-se impotentes, ineficazes e desesperados” (Wakefield *et al*, 2006, p. 53) ou que “é encarada com alguma dificuldade, (...) pela complexidade dos aspetos emotivos que lhe estão associados” (Leal, 2003, p. 40). Daí a perturbação, medo, ansiedade, sentimentos de inutilidade, desconforto e fracasso que Pereira (2005) diz gerar nos profissionais.

Através da utilização de técnicas de comunicação para a transmissão de más notícias, “os sentimentos de desamparo geradores de stress podem ser diminuídos, criando um clima de apoio mútuo”(Wakefield *et al*, 2006, p. 57). Leal considera que dar uma má notícia “requer perícia (conhecimento e aptidões específicas) e tato, e ambos podem ser apreendidos e praticados ao longo da vida” (2003, p. 40). Sendo as palavras indispensáveis para a transmissão de más notícias é fundamental a utilização de uma linguagem simples, clara e direta, facilmente perceptível, evitando aplicações de termos técnicos que contribuam para a deturpação da mensagem.

Na comunicação com o doente oncológico a transmissão da verdade é importante pois oferece uma direcção ao doente e sua família, minimiza sentimentos de isolamento, solidão e medo (Reynolds & Carnwell, 2009). Ao informar o doente oncológico de uma má notícia o enfermeiro contribui para a sua recuperação e saúde, na medida em que fomenta a participação do doente nos tratamentos, aumenta a capacidade de tomada de decisão e a capacidade de assumir e enfrentar a doença, gerando sentimentos de segurança e controlo da situação. Negligenciar a transmissão de más notícias inviabiliza por isto a relação de ajuda e o cuidar ao doente em toda a sua dimensão.

Uma das principais funções dos enfermeiros é estabelecer uma relação de confiança com o doente, o que só se consegue criando uma “relação de ajuda eficaz, através da avaliação das preocupações dos doentes, mostrando compreensão e proporcionando conforto e apoio” (Kruijver *et al*, 2000, p. 129). A palavra “ajuda”, segundo Phaneuf (2005, p. 11), adquire um sentido particular, não significa oferecer à pessoa soluções prontas, mas significa “ajudar a pessoa a viver a sua doença e em apoiá-la na recuperação”. A relação de ajuda que se estabelece entre o enfermeiro e o

doente oncológico é para promover maior capacidade para este enfrentar a vida e é uma interação, um intercâmbio que contribui para a satisfação da pessoa cuidada.

2.2.2. Protocolo SPIKES

O modo como se comunica ao doente oncológico uma má notícia influencia a maneira como este vai reagir. A utilização do Protocolo SPIKES surge como uma técnica de comunicação com seis etapas que estrutura o modo como se transmitem más notícias pelo que veio facilitar a comunicação e “ajudar os indivíduos a superar uma etapa em que exista interferência com a sua vida diária” (King, 1984, p. 84). O Protocolo SPIKES descreve onde, quando e como se deve passar a comunicação de más notícias, sendo um guia orientador para a pessoa que as transmite. Este protocolo pode ser utilizado para além do âmbito da doença oncológica.

Cada letra da palavra SPIKES representa uma etapa, sendo a primeira, “Setting Up the Interview” – Preparação e Escolha do local adequado. O local deve ser privado, para que não haja interrupções enquanto dura a comunicação, e proporcionar conforto ao doente, familiares e profissionais. Este deve certificar-se que estão presentes as pessoas significativas para o doente.

A segunda etapa “Perception” – Perceber o que é que o doente já sabe. Saber se já alguma informação lhe foi dada no contacto com outros profissionais. Que perceção o doente tem acerca da doença e o que acha que se está a passar. Isto dará consistência às decisões clínicas e permitirá uma comunicação mais clara e fluida. Tem como sequência lógica a terceira etapa, “Invitation” – Obter a atenção do doente. Consiste em tentar perceber o quanto o doente quer saber acerca da sua situação, e o que é que sabe sobre a sua patologia (Baile *et al*, 2000).

Com a quarta etapa “Knowledge” – Dar a informação. Começamos a partilha da informação - fornecendo conhecimento e educação acerca das preocupações e necessidades do doente, tendo o cuidado de fornecer a informação gradualmente e ir fazendo pausas para permitir a assimilação da informação, assim como ir avaliando a reação do doente de modo a prevenir grandes desilusões (Baile *et al*, 2000).

Na quinta etapa “Emotions” – Responder às emoções e às perguntas do doente – pretende-se responder empaticamente ao doente e família tendo a preocupação de clarificar, explorar e validar os sentimentos e preocupações do doente e sua família (Baile *et al*, 2000).

Na sexta e última etapa “Summary” – propor um plano de acompanhamento e encerrar a entrevista. A forma mais eficaz que temos para o fazer, consiste em fornecer um plano de ação futuro. Conjuntamente com o doente procurar os principais problemas a resolver e adotar um plano consensual, mostrando que há pequenas metas passíveis de ser atingidas e, desta forma, concretizar aspetos gratificantes da vida do doente (Baile *et al*, 2000).

É importante fazer um resumo, para efetuar uma revisão da informação, dar resposta a questões, discutir opções e providenciar informação ou referenciar para o «follow up» (Baile *et al*, 2000).

O acolhimento da pessoa utilizando este guia parece ser facilitador do contacto, pois se este encontro for negativo a comunicação *aposteriori* vai ser extremamente difícil.

2.2.3. O lugar da comunicação na díade enfermeiro- doente oncológico

O processo de comunicação é amplamente valorizado por Imogene King através da sua teoria do alcance de metas, que é composta pelo sistema pessoal, interpessoal e social.

Na sua perspetiva há dois sistemas pessoais, o do enfermeiro e o do doente que interagem entre si formando um sistema interpessoal em que cada um percebe o outro e a situação, sendo a comunicação o meio facilitador desse processo e “essencial para que o cuidado de enfermagem seja efetivo” (King, 1984, p. 84). É através da comunicação verbal e não-verbal que se troca e interpreta informação e o enfermeiro tem a oportunidade de ser “alguém que percebe, pensa e sente” (King, 1984, p. 84) a dor do doente e que o entende em toda a sua amplitude.

A comunicação “é a troca de pensamentos e opiniões entre os indivíduos (...) que é eficaz quando satisfaz as necessidades básicas” (King, 1984, p. 72), sendo essencial para, a interação na díade enfermeiro/doente e fundamental, para a diminuição do sofrimento do doente oncológico, para a humanização do atendimento, e para uma prática de enfermagem de qualidade.

Todo o doente é um ser humano e todo o ser humano é caracterizado por King como tendo sentimentos, ser consciente, racional, preceptivo, controlador e intencional, cuja doença oncológica o tornou um ser vulnerável e a maior parte das vezes fragilizado. O enfermeiro é aquele que tem “conhecimentos de comunicação e de habilidades para comunicar” (King, 1984, p. 84) e valores profissionais para proporcionar os cuidados necessários a estes doentes. O doente é aquele que tem “um conhecimento pessoal,

necessidades, objetivos, expectativas, percepções e experiências passadas que influenciam a interação” (King, 1984, p. 70). A meta dos enfermeiros “ é ajudar o doente a conservar e a restaurar a sua saúde” (King, 1984, p. 25).

A aplicação deste quadro concetual no meu quotidiano fez-me perceber que a teoria de Imogene King se adapta perfeitamente à minha prática diária sendo possível aplicar o processo de enfermagem sem haver sobrecarga de trabalho, pelo contrário simplifica.

2.3. Dimensão ética da comunicação com o doente oncológico na visita pré-operatória

A informação assume uma importância capital, é indispensável à realização de escolhas e tomada de decisão de forma verdadeiramente livre e consciente (Martins, 2010), permite o acesso ao princípio de autonomia, ao consentimento informado, à confiança mútua.

Os doentes oncológicos atualmente tem um maior conhecimento dos seus direitos e exigem uma maior participação na tomada de decisão (EONS, 2005) a propósitos das intervenções terapêuticas que se colocam ao longo da trajetória da doença.

A transmissão de informação é um direito do doente e família e um dever do profissional de saúde no contexto da sua prática clínica.

De acordo com a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, consagrada na Lei Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto) os doentes têm direito à informação sobre a situação da sua saúde, a informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter em conta a personalidade do doente, o seu grau de instrução e as suas condições clínicas e psíquicas. Refere ainda que o doente tem direito a não querer ser informado do seu estado de saúde, devendo a sua vontade ser inequivocamente expressa e caso o entenda indicar a quem deverá ser dada essa informação.

O direito à informação do doente está igualmente consagrado no CDE, no seu Artigo 84º, que fala no dever do enfermeiro de “informar o doente e família no que respeita aos cuidados de enfermagem (...) atender com responsabilidade e respeito a todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem” (2009, p. 3).

O ato de informar deve assentar em quatro princípios normativos: respeito pela autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Estes princípios têm como finalidade ajudar a resolver problemas que emergem de situações clínicas.

Relativamente à autonomia, para esta estar garantida é necessário o respeito pela liberdade individual que garanta ao doente a possibilidade de fazer escolhas livres e a avaliação da capacidade de ação intencional ou seja verificar a competência para estabelecer julgamentos e tomar decisões. A autonomia impõe a adoção do consentimento informado. O princípio da não maleficência centra-se no dano físico e psicológico (não causar dano) relacionado com a prestação de todo e qualquer cuidado de saúde nas suas múltiplas dimensões. O princípio da beneficência refere-se a “conferir benefícios, consiste em prevenir e evitar danos, e ponderar os custos e benefícios de uma determinada ação” (Beauchamp, 2003, p. 166). Finalmente o princípio da justiça consiste em tratar de igual forma o que é igual e de forma diferente o que é diferente.

Estes princípios devem de ser aplicados, tendo em conta o respeito pela dignidade humana e pela sua autonomia, permitindo ao doente seguir um plano de tratamento de acordo com a sua vontade e após as explicações médicas.

As estratégias e os instrumentos usados na comunicação com o doente oncológico são fortes aliados e determinantes para que ele possa exercer a sua autonomia.

Criar condições a partir da relação do enfermeiro com o doente oncológico, para que este tenha os conhecimentos necessários para exercer a sua autonomia, implica garantir que foi habilitado para poder escolher a cirurgia e esclarecê-lo a partir daí.

Tendo em conta o CDE, compete ao enfermeiro durante a realização da VPO verificar se o consentimento informado foi obtido cumprindo as regras da liberdade, da informação dada pelo médico, porque a cirurgia é um ato médico e não de enfermagem cabe ao médico dar a informação e aos enfermeiros zelar pelo cumprimento da norma, e se a pessoa é capaz de entender as mensagem e tomar a decisão. Se tal não está garantido o enfermeiro deve alertar o médico para que há inconformidades na autorização. Operar alguém sem este ter consentido é incorrer em crime contra a integridade física. O não cumprimento deste dever de excelência é sancionado pelo Código Deontológico do Enfermeiro, constituindo assim um dever do enfermeiro em intervir.

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Este capítulo relata a implementação do projeto. Serão apresentadas e analisadas as atividades desenvolvidas no sentido de atingir os objetivos propostos.

3.1. Análise do percurso de estágio no bloco operatório de um hospital central

De acordo com o delineado no projeto e para alcançar os objetivos traçados, foram projetadas 72 horas de contacto que decorreram durante o mês de outubro.

O bloco operatório deste hospital adota a filosofia da prática de cuidados preconizados pela AORN que consiste em desenvolver ações de enfermagem durante o período perioperatório.

O BO é constituído por nove salas operatórias distribuídas por valências de cirurgia geral, hepatobiliar, ortopedia e urologia, garantido a atividade cirúrgica programada e de urgência. A equipa é constituída por 45 enfermeiros, médicos das diferentes especialidades, assistentes operacionais e uma administrativa.

No início deste estágio apresentei o projeto e os objetivos geral e específicos. Tracei para esta fase como objetivo geral: analisar as capacidades de comunicação dos enfermeiros para prestar cuidados ao doente oncológico durante a VPO e como objetivos específicos: pesquisar sobre estratégias de comunicação entre enfermeiro e doente, relação de ajuda e métodos adequados para o desenvolvimento de capacidades de comunicação isoladamente e por grupos; identificar as estratégias de comunicação adotadas pelo enfermeiro perito durante a realização da VPO aos doentes oncológicos; realizar a visita pré-operatória; discutir as intervenções realizadas na visita pré-operatória com a enfermeira orientadora do estágio.

Fui integrada no serviço pelo enfermeiro chefe e posteriormente fui orientada por uma enfermeira especialista em reabilitação responsável pela implementação da VPO neste bloco operatório e um dos elementos colaboradores da AESOP. Trata-se de uma enfermeira perita neste tipo de visita, motivo pelo qual escolhi este local de estágio.

A VPO é uma atividade planeada realizada pelo enfermeiro responsável pelo acolhimento do utente no BO no dia da cirurgia, habitualmente o enfermeiro de apoio à anestesia, que será o enfermeiro de referência do utente. Todos os enfermeiros que

desempenhem funções de apoio à anestesia, realizam a VPO, que é depois registada em impresso próprio que acompanha o processo do doente. Na véspera ou no dia da cirurgia, o enfermeiro de apoio à anestesia após ter tomado conhecimento da programação cirúrgica realiza a VPO aos doentes com os objetivos de diminuir a distância entre a enfermaria e o BO, que é um serviço fechado e isolado, e transmitir confiança de modo a diminuir a sua ansiedade. Estas atividades permitiram-me ter um conhecimento dos aspetos organizativos relacionados com esta visita.

No primeiro dia, acompanhei a enfermeira orientadora na realização destas visitas, começando a colaborar gradualmente na execução das mesmas nos dias que se seguiram. Foi-me facultada a consulta do manual do serviço, protocolos de atuação e processos dos doentes.

Este estágio foi um primeiro passo essencial do meu processo de formação, para lançar as bases necessárias para alcançar a qualidade na comunicação com o doente oncológico na VPO. Sendo um dos meus objetivos analisar as capacidades de comunicação dos enfermeiros para prestar cuidados ao doente oncológico durante a VPO, logo teria de aprender o mais possível com verdadeiros peritos na área pelo que passei a fazer notas de campo que me permitiam *aposteriori trabalhar* os aspetos da comunicação em casa. Para Weick (1968) citado por Fortin o registo são os meios que o observador utiliza “para registar acontecimentos através das notas tomadas no terreno” (1999, p. 242)

Mas como a prática de cuidados do enfermeiro especialista não deve ser guiada apenas por dados empíricos provenientes da sua experiência é de todo o interesse que mobilize evidência científica na sua prestação de cuidados. Logo foi minha preocupação desde cedo conjugar estes dois aspetos de modo a otimizar os resultados obtidos. Fiz assim pesquisa bibliográfica sobre comunicação no pré-operatório com o doente cirúrgico oncológico, relação de ajuda do enfermeiro com o doente oncológico e comunicação com o doente oncológico baseado na teoria de Imogene King e procurando métodos de trabalho adequados ao desenvolvimento de competências comunicacionais.

Considereei importante efetuar uma análise da prática da enfermeira ao longo destas visitas, que acabou por ser contínua e transversal ao longo de todos os estágios, intervindo na prestação de cuidados, com o intuito de me tornar o mais autónoma possível e apoiando todos estes aspetos em linhas orientadoras – Protocolo SPIKES – para a prática profissional.

Selecionei três das situações das minhas notas de campo para fazer três estudos de situação (apêndice I) com o objetivo de mostrar a comunicação realizada durante a relação com o doente oncológico na VPO e de refletir sobre a adequação da intervenção e as aprendizagens realizadas.

Foram escolhidas três situações por envolver pessoas com o tipo de doença oncológica que aparece com mais frequência no meu contexto de trabalho e com base numa análise pessoal e profissional do que observei junto dos doentes oncológicos durante a realização da VPO procurei responder ao tipo de interação que se cria entre o enfermeiro e o doente oncológico e mostrar algumas das intervenções terapêuticas de enfermagem realizadas. King considera que “as interações ajudam as enfermeiras a obter informações exatas e relevantes acerca dos doentes” (1984, p.95) e a “interação pode revelar como pensa uma pessoa e como se sente (...) implica que as pessoas tenham interesses comuns e colaborem para alcançar algum objetivo” (1984, p. 93).

Também as reuniões realizadas com a enfermeira perita do serviço no final de cada turno, onde validei se a minha atuação na realização da VPO estava de acordo com a prática clínica, contribuíram para a análise da prática.

No início confesso ter-me sentido um pouco desconfortável por estar fora do meu local de trabalho, por diariamente estar em contacto com doentes oncológicos com situações de vida muito complicadas de gerir, nomeadamente pessoas jovens, com filhos pequenos, que vivem distantes do hospital e que se encontram afastadas dos seus familiares neste período difícil de doença. No entanto, o investimento neste estágio foi grande de modo a adquirir a experiência desejada para comunicar com este tipo de doentes e ir de encontro à satisfação das suas necessidades, procurando transmitir confiança e apoio emocional.

Apesar da pesquisa já efetuada e da leitura de artigos científicos que fundamentavam a minha prática na evidência, faltava um aspeto importante que com o tempo fui adquirindo, a experiência. Benner (2001,p.32) refere que o “saber-fazer” é um elemento importante para desenvolver a teoria. Sem o saber prático se desenvolver de forma a acompanhar o saber teórico, por si só, o saber teórico não consegue ser aplicado eficazmente na prática de cuidados, isto é, o profissional não fica competente.

A realização da VPO permitiu-me aperfeiçoar a minha capacidade de comunicar com o doente oncológico. As oportunidades que tive foram aproveitadas, sendo que o meu desempenho foi evoluindo gradualmente de forma positiva. Com o decorrer do tempo comecei a sentir maior facilidade em estar com o doente oncológico e em

conversar com ele sobre as diferentes situações que o incomodavam. Percebi que não tinha que ter solução para todos os seus problemas, por vezes o doente não quer uma resposta, simplesmente quer que o ouçam e o percebam na sua dor, na sua angústia, nos seus medos.

Ao assumir a realização das visitas procurei sempre contribuir para a diminuição da ansiedade, medo e angústia do doente e não me ficar na comunicação instrumental, mas centrar uma parte da entrevista na componente afetiva, isto é, na pessoa, no que ela diz ou pensa e no que transmite de uma forma não-verbal. Este aspeto está de acordo com Benner (2001, p.7) que defende a relação de ajuda como um aspeto fundamental, pois “os doentes viram-se para as enfermeiras em busca de diferentes tipos de ajuda que não esperam receber de outros profissionais”. Para que a relação de ajuda se estabeleça é necessário criar um ambiente propício que permita a expressão daquilo que os doentes sentem. Benner (2001) refere que esta competência se caracteriza pela canalização do potencial de colaboração e de recuperação que o doente tem, fazendo-o perceber que exerce algum controlo nos cuidados prestados e que é um elemento ativo no processo.

Tendo em conta as atividades desenvolvidas para atingir os objetivos específicos, está cumprido o objetivo geral deste estágio. Com a sistematização dos conhecimentos, a experiência adquirida e a colaboração de toda a equipa de enfermagem, as aprendizagens efetuadas neste estágio constituíram uma ferramenta importante para outro contexto de cuidados, com outro nível de competências comunicacionais.

3.2. Análise do percurso de estágio na consulta externa de uma unidade de doença oncológica da mama

A realização do estágio nesta unidade de doença oncológica de mama, possibilitou o meu crescimento num contexto específico em que se contacta com o doente oncológico desde a transmissão do diagnóstico até às consultas de *follow up* e se está incluído numa equipa multidisciplinar perita em lidar com doentes oncológicos. Este estágio teve a duração de 208 horas e decorreu desde a última semana de outubro até dezembro.

No início deste estágio expliquei os meus objetivos à enfermeira coordenadora do local de estágio, enfermeira especialista na área médico-cirúrgica e minha orientadora de estágio, que me apresentou à equipa, ao espaço e à organização da consulta.

Tinha como objetivo geral adquirir competências de comunicação com o doente oncológico na fase subsequente à decisão cirúrgica e como objetivos específicos: pesquisar sobre estratégias de comunicação, relação de ajuda, alteração da autoimagem; identificar as necessidades e emoções provocadas pela doença oncológica no doente e nos enfermeiros; realizar consultas de enfermagem aos doentes propostos para cirurgia; selecionar as metodologias educativas adequadas ao desenvolvimento das competências comunicacionais dos enfermeiros; refletir sobre a qualidade da comunicação no interior de consultas de enfermagem aos doentes oncológicos.

A unidade de doença oncológica de mama ocupa uma área da consulta externa. Inclui oito gabinetes de consulta, um gabinete de acolhimento, duas salas de pensos, uma área de atendimento e receção dos doentes, um gabinete do enfermeiro coordenador e um gabinete de secretariado.

A média mensal de consultas de enfermagem é de 186. As consultas de enfermagem são realizadas após consulta de decisão terapêutica, sendo essencial o conhecimento por parte da enfermeira das propostas feitas (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e/ou hormonoterapia) e que é obtido através da consulta do processo clínico.

Na primeira consulta cabe à enfermeira efetuar a colheita de dados de enfermagem, identificar problemas, informar, orientar e esclarecer as dúvidas colocadas pela doente e sua família relativamente aos tratamentos que foram propostos pela equipa médica e conhecer o que a doente sabe e o que quer saber. Com frequência ocorre o questionamento sobre as mesmas informações que foram dadas pelo médico, com o objetivo de aferir se existe coerência e uniformidade na equipa. Tendo como orientação o protocolo de SPIKES, torna-se mais fácil sistematizar a transmissão desta e de outras informações que incluem responder às emoções, dar esperança quando a situação é sombria e lidar com os problemas familiares difíceis como a raiva e a negação, diminuindo a influência da morbilidade psicológica no doente e procurando dar resposta ao seu desejo de saber sobre a sua doença. O enfermeiro que efetua a consulta passa a ser o enfermeiro de referência do doente, trabalhando em articulação com o cirurgião, o serviço de internamento, o serviço social e todos os serviços de apoio que se julguem necessários.

Todo o plano de cuidados é traçado de acordo com a situação do doente e com os problemas que está a viver. No final da consulta são entregues panfletos informativos adaptados às necessidades de informação deste grupo de doentes e que foram elaborados pelos enfermeiros desta consulta.

Ao assistir às consultas de enfermagem tive a possibilidade de verificar quais as necessidades do doente nas diferentes etapas do seu percurso de doença oncológica. As suas necessidades vão-se alterando de acordo com a etapa da doença em que se encontra. Se a consulta anteceder a cirurgia, o doente manifesta preocupação com o ato anestésico e com a cirurgia. Quando a consulta decorre antes de iniciar um ciclo de quimioterapia, os medos e receios estão focados nos efeitos secundários, como a queda do cabelo, o cansaço, os vómitos e a necessidade ou não de deixar de trabalhar.

Tentar perceber as alterações que ocorrem na vida pessoal e familiar do doente oncológico, só foi possível através da empatia estabelecida com os intervenientes. De acordo com Benner os enfermeiros peritos, “antecipam os problemas que podem surgir (...) esta competência implica ter-se uma visão a longo termo” (2001, p.127).

É fundamental para um enfermeiro especialista dominar todos os aspetos relacionados com a patologia do doente que temos à nossa frente e as suas complicações, bem como dos tratamentos e seus efeitos secundários para assim se promover a confiança e transmitir segurança e conseguir criar “uma verdadeira aliança terapêutica” (Phaneuf, 2005, p. 227).

A observação da realização das consultas de enfermagem permitiu-me refletir acerca da forma como a informação é transmitida durante a realização das mesmas e perceber que o enfermeiro atua em quatro competências importantes definidas por Benner (2001): “relação de cura”, “a presença”, “comunicar pelo toque” e “proporcionar apoio afetivo”.

A “relação de cura” é o “estabelecimento de um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação” (Benner, 2001, p. 77), utilizando como ferramenta a comunicação. Este processo relacional é marcado por várias etapas como defende Benner: “uma esperança comum ao doente e à enfermeira” (Benner 2001, p. 77), “uma interpretação ou uma compreensão aceitável da doença, da dor, do medo, da ansiedade, ou de outras emoções fonte de stress” (Benner 2001, p. 77) e “uma ajuda ao doente para aceitar apoio social, emocional ou espiritual”.(Benner 2001, p. 77)

A competência “A presença - estar com o doente” (Benner, 2001, p. 83) assume também uma grande relevância junto de doentes que necessitam de saber que estamos com eles, para os ajudar a ultrapassar esta etapa da sua vida. Uma das doentes durante uma das consultas dizia-me, “ainda bem que vocês (enfermeiros) estão aqui para me ajudar a perceber o que se passa comigo. Estou perdida. Não sei o que fazer?!”. Durante estas consultas percebi a necessidade de permitir “aos doentes que expressem o que sentem” (Benner, 2001, p. 84), muitas vezes sem termos que intervir.

Outra competência em que o enfermeiro atua é no “comunicar pelo toque (...) este contacto cheio de calor humano, é muitas vezes o único meio que permite o conforto e a comunicação” (Benner, 2001, p. 88), é muitas vezes utilizado como uma abordagem terapêutica que transmite apoio, conforto e estímulo.

Por último “proporcionar apoio efetivo” (Benner, 2001, p. 90) e guiar os doentes no plano emocional e afetivo é outras das competências de Benner, onde o papel do familiar é realçado nas diferentes etapas de cura do doente.

Depois desta fase inicial em que observei a enfermeira orientadora, passei a realizar consultas de enfermagem apoiadas pela respetiva análise reflexiva da prática (comunicação) havida com a doente (apêndice II). A análise da prática dos cuidados, foi uma atividade desempenhada ao longo de todo o estágio e em parceria com a orientadora de estágio.

Após o começo da realização das consultas de enfermagem, verifiquei que elas tinham por base as diferentes etapas do Protocolo SPIKES. Ao perguntar aos enfermeiros da unidade de doença oncológica se tinham conhecimento deste protocolo, todos disseram que não, excepto a enfermeira coordenadora que já tinha ouvido falar, mas não o conhecia detalhadamente. Ofereci-me para o dar a conhecer e efetuei uma nova pesquisa bibliográfica com o objetivo de reunir a melhor evidência possível acerca deste protocolo de comunicação e transmiti-lo através de uma ação de formação que se realizou no serviço.

A elaboração desta pesquisa permitiu melhorar o meu desempenho na consulta de enfermagem até porque a leitura ganhou novo sentido para mim. Deixei também no serviço um dossier com vários documentos que falam deste protocolo e de estratégias de abordagem para tentar identificar os medos e receios do doente oncológico e sua família. Com esta pesquisa dei-me conta de que a comunicação estabelecida com o doente oncológico não é apenas para falar da sua doença ou tratamento mas também

para criar uma relação de ajuda através da avaliação das preocupações dos doentes, mostrando compreensão, empatia e proporcionando conforto e apoio. A minha preocupação em partilhar as aprendizagens efetuadas, deve-se ao facto de o enfermeiro a este nível, ter o dever de assumir “o papel de prestador de cuidados diferenciados mas também de supervisor e consultor para os colegas e outros elementos da equipa de saúde” (OE, 2007, p.11).

Através da utilização deste protocolo percebi que “a forma como o profissional dialoga e comunica com o doente, tem por vezes mais importância que o próprio conteúdo da mensagem” (Pereira, 2008, p. 90). Mas para que o ato de informar tenha êxito o enfermeiro deve ter um conhecimento alargado o “que implica o conhecimento das pessoas, das doenças, dos doentes (...) mas também o conhecimento dos princípios éticos e deontológico” (Alarcão, 2001, p. 54).

O percurso efetuado permitiu-me, em determinada altura do estágio assumir a consulta de enfermagem com autonomia plena. No início tinha medo de falhar, de não conseguir responder às expectativas do doente oncológico, de não ter capacidade para o compreender e ajudar e até mesmo de manifestar as minhas emoções. O facto de por vezes contactar com doentes cuja atividade profissional estava ligada à área da saúde também me inibia.

Com o decorrer do estágio, percebi que as minhas competências tinham aumentado. O protocolo SPIKES servia de guia para estruturar a consulta e orientava a minha praxis. Sentia-me à vontade no papel que estava a desempenhar e mesmo perante profissionais de saúde percebi que o mais importante é “ajudar as pessoas a enfrentar a sua nova situação e a reagirem ao sentimento de descontrolo” (Pereira, 2008, p. 80). Numa das consultas que realizei apareceu uma senhora, médica, que tinha como tratamento prescrito a cirurgia e quimioterapia. A minha preocupação era que estava perante alguém, que dominava o diagnóstico que lhe tinha sido feito e perante este facto eu não teria nada para oferecer a esta doente atendendo aos conhecimentos que tinha, contudo a sua preocupação não era o diagnóstico mas como poderia continuar a dar consultas durante o tratamento de quimioterapia, para que os doentes não percebessem que também ela estava doente e a questionassem constantemente sobre o facto de não ter cabelo. Afinal eu poderia ajudar esta doente que estava à minha frente, que estava preocupada com uma situação para a qual havia uma solução. Falei-lhe na possibilidade de usar cabeleira, ao qual ela me respondeu que o que a preocupava realmente, eram as sobrancelhas. Transmiti à doente que para além de

cabeleiras também existem sobrelhas. Esta informação pareceu tê-la tranquilizado. Nesta situação percebi que a gravidade da notícia, “para cada pessoa, é percebida de acordo com o impacto nas suas vidas” (Pereira, 2008, p. 30).

Neste campo de estágio consegui prestar cuidados de enfermagem de excelência em termos técnicos aliados a uma forte componente relacional guiados por princípios deontológicos e éticos.

Após a transmissão das “más notícias” – diagnóstico de cancro da mama, na consulta médica, o doente oncológico e a sua família chega à consulta de enfermagem alterado emocionalmente. O meu papel era ajudar o doente e a sua família a receber e interpretar as más notícias, a perceber que as suas emoções eram normais, a diminuir o isolamento e os medos, bem como a mobilizar os recursos e capacidades para enfrentar a situação, promovendo uma relação de ajuda.

Este estágio proporcionou-me um aprofundamento da relação de ajuda, da capacidade de ouvir o outro, de melhorar o meu comportamento afetivo não me escondendo atrás das intervenções técnicas do meu quotidiano profissional.

A enfermeira orientadora do estágio foi um elemento chave nesta minha formação aliado a todo o esforço de pesquisa para sustentar a prática clínica.

Ao ter cumprido os objetivos penso que tenho melhores condições para implementar, em contexto de trabalho, a intervenção prevista para o último estágio.

3.3. Análise do percurso de estágio no bloco operatório de um hospital distrital

O estágio no bloco operatório do hospital distrital iniciou-se em janeiro e terminou a dezassete de fevereiro e foi a última etapa do meu percurso do projeto, que teve como objetivo geral: dinamizar o processo de mudança da comunicação da equipa de enfermagem com doente oncológico na VPO e como objetivos específicos: sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade e importância da comunicação com o doente oncológico durante VPO; executar um plano de formação sobre comunicação do enfermeiro com o doente oncológico durante a VPO; implementar um protocolo de comunicação – Protocolo SPIKES – na abordagem ao doente oncológico durante a VPO; avaliar a aplicação do protocolo durante a realização da VPO.

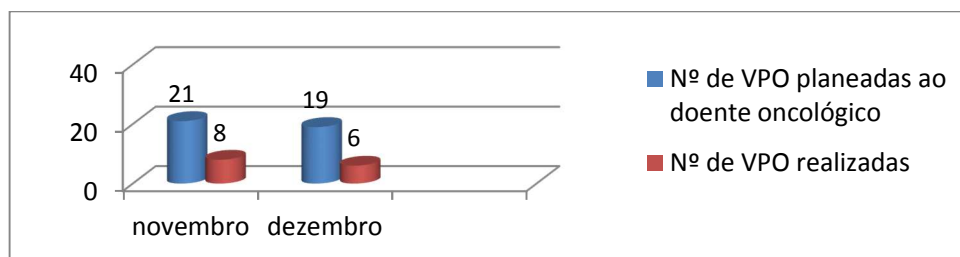
Como tem vindo a ser dito, o enfermeiro especialista não se caracteriza apenas por possuir competências diferenciadas, mas também por mobilizar as aprendizagens do trabalho efetuado em benefício da equipa de enfermagem partilhando com ela novas abordagens que permitam beneficiar os doentes de quem cuidam.

O projeto foi inicialmente apresentado à instituição e posteriormente à equipa, abordando os seus objetivos, a metodologia e a participação pedida aos enfermeiros.

Como já referi, o número de VPO tem vindo a diminuir, assim como a qualidade dos registos feitos em impresso próprio verificado pelo não preenchimento dos itens do campo “cirurgia”. Foi necessário quantificar o número de doentes oncológicos operados e planeados para VPO, o número de VPO realizadas e a qualidade dos registos efetuados na folha de registos da VPO, nomeadamente os itens do campo “cirurgia” relativamente às perguntas abertas de resposta menos curta que são; “as expectativas do doente perante a intervenção”, “as informações que tem da cirurgia e quem o informou”, “os ensinamentos efetuados” e “as observações” para posteriormente perceber se as atividades que vim a desenvolver contribuíram ou não para causar mudança na comunicação da equipa de enfermagem com o doente na VPO.

Para isso foi pedido e obtido a autorização da instituição para consultar e analisar os dados informáticos do programa “Sonho” durante o mês de novembro e dezembro. Durante os dois meses que antecederam o estágio neste campo verificou-se que o número de doentes oncológicos com VPO feita era reduzido.

Gráfico 1 – Visitas pré-operatórias programadas e realizadas em novembro e dezembro ao doente oncológico.

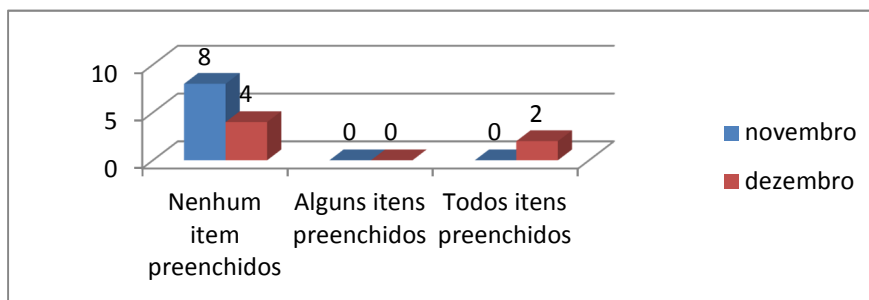


Da análise do gráfico 1 observa-se que durante o mês de novembro realizaram-se 38,0% das visitas programadas e no mês de dezembro 31,5 %.

Destas VPO realizadas, procedeu-se à análise do preenchimento dos registos referentes ao campo “cirurgia” da folha de registos da VPO, verificando-se, conforme se observa no gráfico 2, que em novembro nenhum dos itens deste campo foi

preenchido em nenhuma das VPO, e em dezembro, um terço dos registos efetuados das VPO realizadas (31,5% das VPO programadas) apresentavam todos os itens deste campo preenchidos, não se observando registos parcialmente preenchidos.

Gráfico 2 – Preenchimento dos itens do campo “cirurgia” da folha de registos da VPO em novembro e dezembro.



Face aos resultados e nesta primeira fase de implementação do projeto, foi realizado um diagnóstico da situação através de um questionário (apêndice III), encontrando-se estruturado em duas partes. A primeira parte constituída por três perguntas abertas referentes a dados sociodemográficos, a segunda parte formada por duas perguntas abertas, uma para identificar os “aspetos considerados importantes na comunicação com o doente oncológico pelas enfermeiras” e outra para identificar as “dificuldades sentidas na comunicação com o doente oncológico durante a VPO”. O questionário permite “recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas (...) sentimentos e opiniões” (Fortin, 2009, p. 380)

Das 15 enfermeiras pertencentes à equipa de cirurgia programada, equipa responsável por realizar a VPO, 14 responderam ao questionário, tendo só sido excluída a minha participação por razões óbvias.

O grupo de enfermeiros tem idades compreendidas entre os 30 e 47 anos, todos eles com mais de cinco anos de experiência profissional e mais de dois anos de experiência no bloco operatório.

Tendo por base o *corpus* da análise constituído pelos 14 questionários, procedeu-se a uma análise primária, temática e exploratória do conteúdo dos textos por análise de conteúdo, definida por Bardin como “um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (...) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção destas mensagens” (1977,

p.42) e que foi posteriormente organizada em grelhas de análise. Cada questionário foi codificado com uma letra minúscula do alfabeto.

Após uma primeira leitura flutuante de todos os questionários, foi tomado como unidades de registo o “tema” enquanto “afirmação acerca de um assunto” (Berelson citado por Bardin, 1977, p. 105) que pode ter um comprimento variável e cuja “validade não é de ordem logística, mas antes de ordem psicológica” (d’Unrug, citado por Bardin, 1977, p. 105). As várias unidades de registo foram extraídas por recorte dos textos das respostas e a cada uma foi atribuída um código constituído com a letra do questionário de pertença e um número árabe (ao primeiro recorte foi atribuído o número um e assim sucessivamente), tendo-se construído um inventário com a totalidade dos temas para cada uma das perguntas. Estes temas foram depois agrupados por partilharem a mesma significação, que deu o nome à área temática. Estas áreas temáticas, foram posteriormente agrupadas, por partilha de significação na mesma categoria.

Finalmente foram elaborados dois quadros com as categorias e subcategorias dos temas encontrados nas respostas à pergunta 4 e à pergunta 5 (apêndice IV).

Da análise do primeiro quadro, conclui-se que a equipa de enfermagem dá importância na comunicação com o doente oncológico na VPO, à categoria apelidada de “intervenção” com 22 ocorrências.

São as subcategorias “utilização de linguagem acessível para a pessoa”, “comunicação centrada nas necessidades e dúvidas da pessoa” e “apoio e suporte da pessoa e/ou família” desta categoria a que é dada maior importância pelas enfermeiras na comunicação com o doente, contribuindo respetivamente com 6, 5 e 4 ocorrências. As outras quatro subcategorias são pouco valorizadas como intervenção por este grupo. Quando comunica a equipa de enfermagem preocupa-se com aspetos técnicos, como o uso de linguagem acessível para o doente, mas também se centra na pessoa ao procurar satisfazer as suas necessidades e dúvidas como revela o tema “atenuar a sua ansiedade” (n.4).

É no equilíbrio entre estes dois comportamentos que resulta a satisfação do doente oncológico (Kruijver *et al*, 2001) mas o que se percebe nas respostas à primeira pergunta é que a comunicação dos enfermeiros tem aspetos mais negativos do que positivos ou facilitadores da relação de ajuda (Kruijver *et al*, 2001), como se constata na categoria seguinte, a “avaliação” (17 ocorrências), contribuindo para esta categoria, com 8 ocorrências, a subcategoria “avaliar situação clínica e cirúrgica”, ou a preocupação que a enfermeira tem em identificar o conhecimento que a pessoa tem da

sua doença ou cirurgia, como revela o tema “perceber o que o doente sabe acerca da sua situação” (n.1), seguido com 5 ocorrência “avaliar estado emocional”, referindo-se à preocupação em conhecer como a doença afeta a pessoa, como exprime o tema “tento, na relação com o doente, perceber os sentimentos (...) que está a viver ou vivem presentes nele” (b.3), e ainda com 4 ocorrências a “avaliar o que a pessoa quer conhecer” da sua situação de doença ou cirurgia, como refere o tema “perceber (...) se os assuntos devem ser abordados ou não” (e.4). Os resultados obtidos centram-se na preocupação dos profissionais em relação ao conhecimento que o doente tem ou não da sua doença, ao que este quer conhecer e como isso o afeta emocionalmente, curiosamente os aspetos referidos pelo protocolo SPIKES. A equipa de enfermagem centra-se no diagnóstico e no conhecimento do doente com o objetivo de não perderem o controlo da situação (McEnhill, 2008) mas as atividades dos enfermeiros não são só conhecer e informar da “doença e dos tratamentos mas também criar uma relação de ajuda eficaz através da avaliação da preocupação dos doentes” (Kruijver *et al* 2000, p. 129).

Em terceiro lugar de importância na comunicação com o doente oncológico na VPO, com 8 ocorrências, vem a categoria “atitude de disponibilidade”, que não é só temporal, como revela o tema “disponibilizar o tempo necessário para o doente exprimir e revelar os seus sentimentos, dúvidas, receios e expectativas” (a.1), mas de “escuta” tal como se apresenta no tema “ter uma postura de escuta ativa para perceber mais claramente as dificuldades do doente” (b.1). Estes registos são congruentes com Westerling e Bergbon ao dizerem que “quando o enfermeiro tem tempo para o doente e para a sua situação” (2008, p.142) o doente sente-se como elemento participante e “valorizam o apoio e a parceria da equipa de saúde” (Parker *et al* 2009, p.69). Nesta perspetiva a comunicação estabelecida entre o doente oncológico e o enfermeiro permite que este expresse as suas ideias e opiniões, favoreça a aceitação da doença e ao mesmo tempo promova um cuidado participativo e humanizado.

No quarto lugar de importância encontra-se a “atitude empática”, com 6 ocorrências e com 2 ocorrências estão a “postura” e a “apresentação do profissional”. Para a construção de uma relação afetiva entre um doente oncológico e o enfermeiro é “importante transmitir empatia e apoio” (Kruijver *et al*, 2000, p. 130) e onde a comunicação não-verbal deve de estar presente para uma melhor troca de informação (Palmer & Thain, 2010).

Da análise do segundo quadro, conclui-se que a maior dificuldade da equipa de enfermagem na comunicação com o doente oncológico durante a VPO refere-se ao “desconhecimento” (14 ocorrências), contribuindo para esta categoria com 6 ocorrências a subcategoria “desconhecimento do doente sobre o diagnóstico” ou o facto de o doente ter poucos conhecimentos sobre a sua situação, como revela o tema “falta de conhecimento da patologia ou negação face à doença” (l.1), seguido com igualdade de ocorrências (4) o “desconhecimento do doente sobre a cirurgia” e “desconhecimento sobre a situação”, referindo-se ao desconhecimento do ato cirúrgico ou à fase de negação em que o doente se encontra como revela o tema “doente que não sabe o que lhe vão fazer apesar de ter dado o seu consentimento” (d.2) ou “negação do doente perante a situação” (e.3). Apesar de alguns doentes não quererem saber tudo sobre a sua doença oncológica a maioria prefere saber (Hagerty *et al*, 2004) e a sua ansiedade aumenta quando não compreendem o seu estado de saúde (Baile *et al*, 2000) conduzindo por vezes a falsas esperanças. O correto seria que o doente tivesse conhecimento da sua situação clínica para poder participar no processo de decisão terapêutica ou para poder resolver questões pendentes (Parker *et al*, 2009).

Com 7 ocorrências segue-se a categoria “dificuldades do doente”, contribuindo, respetivamente com 3 e 4 ocorrências para esta categoria, as subcategorias “constrangimentos do doente à comunicação” e “características do doente”. Aqui a equipa de enfermagem centra-se mais nas dificuldades que o doente apresenta em comunicar como revela o tema “doente pouco comunicativo” (e.1) ou “idade avançada do doente” (k.3). Kruijver *et al* no seu estudo realizado com 46 enfermeiros refere que “os enfermeiros parecem ter consciência de usar táticas de distanciamento” (2001, p. 141) no relacionamento com os doentes oncológicos criando barreiras à comunicação, não colocando questões abertas nem explorando a parte psicológica do doente (Heaven *et al*, 2006) e mais uma vez reforçando os comportamentos instrumentalizados dos enfermeiros em detrimento dos afetivos (Kruijver *et al*, 2000).

Em terceiro lugar das dificuldades na comunicação com o doente oncológico na VPO, aparece a categoria “dificuldades do profissional”, com 6 ocorrências, divididas igualmente por duas subcategorias, “constrangimento em responder ao doente” e “envolver-se em excesso na situação”. É representativo destas subcategorias os temas “não me sinto pessoalmente confortável com o tema, pois quase sempre são situações de fim de vida”(n.3) ou “o meu envolvimento na situação clínica...o viver a situação do doente” (c.3). Este comportamento por parte da equipa de enfermagem é justificado por

Kruijver *et al* (2001) ao referir que os enfermeiros perante estas situações procuram distanciar-se de forma a não mostrarem as suas emoções e preocupando-se com a parte técnica da cirurgia descorando a componente emocional.

No quarto lugar surgem duas categorias com 5 ocorrências cada, “enfrentar o estado afetivo do doente” e “enfrentar a doença”, a primeira dividida na subcategoria “enfrentar o estado emocional do doente” sendo representativo o tema “fragilidade emocional do doente oncológico” (b.1) e a segunda, dividida na subcategoria “enfrentar o cancro e suas implicações” sendo representativo o tema “medo do sofrimento e da morte” (b.3). Após o conhecimento do diagnóstico os doentes, “passam por angústias, medo, raiva (...) e desamparo” (Kruijver *et al*, 2001, p. 141), enfermeiros com conhecimentos comunicacionais, têm uma maior facilidade em “lidar” com as emoções geradas pelo diagnóstico (Kruijver *et al*, 2001), noutras situações por vezes surgem “lutas pessoais devido à estreita relação que existe com os doentes e famílias na sua jornada contra o cancro e tratamento” (Radziewicz & Baile, 2001, p. 951). O terceiro e quarto lugar referem as dificuldades sentidas pelo enfermeiro na relação com o doente oncológico em falar sobre más notícias ou na dificuldade em enfrentar as conversas sobre más notícias e suas implicações.

Em quinto lugar de importância encontram-se as categorias “privacidade” e o “controlo da comunicação”, com 2 ocorrências cada.

Perante estas dificuldades apresentadas pela equipa de enfermagem e com o objetivo de consciencializar a equipa para o processo de mudança foi elaborado um plano de formação sobre “Treino de Habilidades de Comunicação” (apêndice V), composto por 45 minutos de formação teórica, 45 minutos de formação teórico-prática e duas horas de prática tutorada. Os 14 elementos da equipa de enfermagem foram divididos em dois grupos para que todos pudessem estar presentes sem terem de se deslocar à instituição para realizar o curso. Todos estiveram presentes.

Na formação teórica (apêndice VI) foram apresentados alguns dados científicos provenientes da revisão de literatura já feita e que estavam relacionados com os resultados encontrados na análise de conteúdo, que referem as dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem e evidenciam a importância da utilização de estratégias de comunicação na realização da VPO ao doente oncológico ou em qualquer momento em que é preciso comunicar más notícias ou falar sobre temas que influenciam a vida das pessoas. Foram definidos conceitos de comunicação e más notícias e foi apresentado o Protocolo SPIKES e como pode ser aplicado durante a realização da

VPO. Nesta formação destaco três áreas específicas: a importância de colocar questões abertas, a negociação com o doente e a importância de explorar a parte psicológica do doente.

Num segundo momento seguiram-se 45 minutos de formação teórico-prática (apêndice VII) em que o grupo também se encontrava dividido em dois e que consistiu em apresentar três situações de cuidados, seguida de uma reflexão escrita individual de como atuariam perante aquela situação e finalizada por discussão e partilha em grupo das dificuldades sentidas e subjacentes às complexas situações deste tipo de doentes. Foram momentos em que dinamizei e coloquei em prática a experiência neste domínio, particularmente com a aplicabilidade do protocolo de SPIKES em que os enfermeiros perceberam a sua utilização como estratégia para colmatar as dificuldades sentidas durante a realização da VPO, como refere Baile *et al* (2000), a utilização do protocolo de SPIKES melhora o processo de comunicação.

Finalmente duas horas de formação de prática tutorada (*coaching*). Acompanhei individualmente cada enfermeira aos serviços para a realização da VPO. Cada elemento foi acompanhado pelo menos duas vezes, em dias diferente, permitindo a colocação de dúvidas acerca da qualidade da intervenção que teve. No início os enfermeiros da equipa sentiam-se intimidados com a minha presença, mas rapidamente perceberam que a minha função era de apoio e colaboração na realização da VPO e não de enfermeira avaliadora do seu trabalho. No final das visitas regressávamos ao bloco operatório para partilha e reflexão das visitas efetuada. Foram momentos interventivos em que dinamizei e valorizei as situações no contexto da prática e serviu para sustentar a tão aclamada mudança da *praxis* de enfermagem face à comunicação com o doente oncológico durante a realização da VPO. Heaven *et al* (2006, p. 314) num dos seus estudos randomizados envolvendo 61 enfermeiros, refere que “os programas de treino são extremamente eficazes na mudança de competências nas três principais áreas específicas: questões abertas, negociação e exploração psicológica. No entanto só aqueles que têm supervisão mostram alterações dos comportamentos”.

Para cada participante o curso teve um total de três horas e trinta minutos.

Toda a envolvimento dos enfermeiros e interesse em colaborar no projeto foi bastante positivo. O facto de ter começado a ser solicitada para esclarecimento de dúvidas relativas à abordagem deste tipo de doentes reflete uma mudança no que respeita ao meu papel dentro da equipa. Começaram a identificar-me como um elemento com

conhecimentos e capacidade de intervenção diferenciada acerca desta área, comecei a ser identificada como especialista.

Considero que o curso realizado possibilitou a articulação da teoria com a prática, como refere Arnol e Koczwara, “praticar as habilidades de comunicação de forma estruturada permite um *feedback* do objetivo da comunicação que não pode ser alcançado através de uma sessão didática” (2006, p. 509).

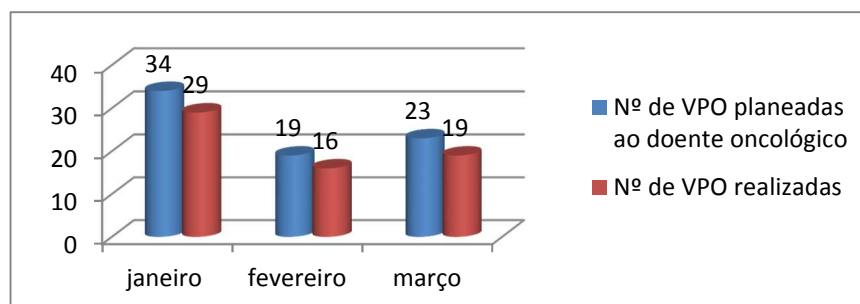
Após o término do curso senti necessidade de criar um guia orientador (apêndice VIII) com o objetivo de estruturar o conteúdo dos aspetos de ensino e educação a ter junto do doente oncológico na VPO. Elaborei também um folheto informativo (apêndice IX) ilustrado com imagens dos espaços do BO por onde os doentes passam, com o objetivo de diminuir o desconhecimento que os doentes têm do serviço fechado e isolado que é o BO.

Como avaliação foi proposto que cada grupo de enfermeiros elaborasse um cartaz (apêndices X e XI) sobre o Protocolo SPIKES para se afixar no serviço de forma a servir de memorando, e um folheto informativo de bolso (apêndice XII) para a equipa de enfermeiros sobre o mesmo protocolo. Os três trabalhos foram orientados por mim.

As intervenções desenvolvidas para implementar o projeto de estágio foram muito gratificantes e de todo o interesse para o serviço. Foi possível concluir que a apresentação do protocolo SPIKES foi um aspeto inovador pela sua sequência e aplicabilidade. Os enfermeiros compreenderam que a sua utilização, como estratégia de comunicação, orienta para as dificuldades sentidas no contacto com estes doentes.

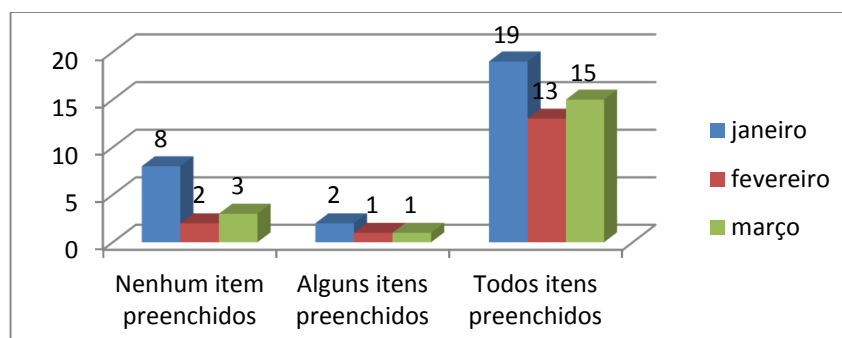
Este sentimento reflete-se na avaliação dos meses de janeiro, fevereiro e março em relação ao número de visitas realizadas e à qualidade dos registos efetuados no item “cirurgia” que se apresentam, respetivamente, no gráfico 3 e 4.

Gráfico 3 – Visitas pré-operatórias programadas e realizadas no primeiro trimestre de 2012



Da análise do gráfico 3 conclui-se que em janeiro realizaram-se 85,2% das visitas programadas, em fevereiro 84,2%, e em março 82,6% o que significa um aumento superior a 50,0% dos valores iniciais.

Gráfico 4 – Preenchimento dos itens do campo “cirurgia” da folha de registos da visita pré-operatória no primeiro trimestre de 2012



Da análise do preenchimento dos registos elaborados pelas enfermeiras sobre os itens do campo “cirurgia” da folha de registos da VPO verifica-se, pela leitura do gráfico 4, que 65,5% dos registos de janeiro, 81,3% dos de fevereiro e 79,0% dos de março tinham “todos os itens preenchidos” do campo “cirurgia” da folha de registos da VPO.

Com este projeto muitas aprendizagens foram conseguidas a nível pessoal e profissional. Obtiveram-se ganhos a nível da dinamização da equipa, fomentando a reflexão e a mudança de comportamentos traduzindo-se na melhoria da comunicação junto do doente que se reflete na qualidade dos cuidados prestados.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto centrou-se na mudança de práticas da equipa de enfermagem na comunicação com o doente oncológico durante a VPO e também na aquisição de competências como enfermeira especialista.

Foi uma área considerada importante pelo facto de a cirurgia ser o tratamento primário indicado na maioria das neoplasias, refletindo-se nas vivências do doente oncológico e família, conduzindo a um aumento da dificuldade em enfrentar a doença e a cirurgia. O projeto percorreu diferentes fases para a sua concretização, desde a fase inicial de conceção e diagnóstico, onde foi aplicado um questionário que evidência as dificuldades da equipa de enfermagem na comunicação com o doente oncológico durante a VPO e que são as referenciadas na bibliografia científica consultada, passando pelos objetivos e planeamento das atividades a realizar, até à implementação da ação em que foi colocado em prática o protocolo de SPIKES como guia orientador para o enfermeiro que realiza a VPO. A fase final do projeto consistiu na avaliação, sintetizada em cartazes elaborados pelo próprio grupo e reflexão dos resultados obtidos.

Os dados colhidos permitiram concluir que a equipa de enfermagem mudou as suas práticas ao utilizar o protocolo de SPIKES na realização da VPO. Em outubro realizaram-se 26,6% das VPO programadas para as cirurgias oncológicas e em março 82,6%. O plano de formação deve ter contribuído para estes resultados, no entanto os estudos sugerem o papel da supervisão como forma de reforçar a eficácia dos cursos teóricos de comunicação porque só assim se verifica alteração sustentada dos comportamentos (Heaven *et al*, 2006) e neste sentido com o objetivo de manter ou melhorar as percentagens alcançadas também a minha prática tutorada continua.

Como projetos futuros pretendo continuar a ser um elemento ativo na promoção da formação na área da comunicação com o doente oncológico e continuar a apresentar trimestralmente os resultados relativos à realização da VPO e aos registos efetuados.

Do ponto de vista formativo, este projeto fomentou o desenvolvimento do questionamento, da crítica e da reflexão, elementos fundamentais ao desenvolvimento de competências e por conseguinte cruciais para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência.

5. BIBLIOGRAFIA

- ✓ Alarcão, Z. (1989). *O comportamento psicológico do doente oncológico: A componente ansiedade*. Porto: Divulgação.
- ✓ Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Referência*, (6), 53-59.
- ✓ Alto Comissariado da Saúde (2009). Doenças Oncológicas em Portugal. *PNS em Foco*, (4). Retirado a 30 de maio de 2012-06-17
<http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogs.dir/1/files/2009/05/pnsemfoco4.pdf>
- ✓ AORN (2007). Guidelines. *AORN Journal*, (5), 965-971.
- ✓ Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, (2006). *Enfermagem perioperatória – da filosofia à Prática dos cuidados*. Lisboa: Lusodidacta.
- ✓ Associação Regional de Saúde do Norte (2009). Seminário sobre o consentimento informado e o papel das comissões de ética para a saúde na região norte. *Guia sobre consentimento informado*. Retirado a 30 de maio de 2012.
http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Documento_Guia_Analise_Projectos.pdf
- ✓ Arnold, S.; Koczwara, B. (2006). Breaking bad news: learning through experience. *Journal of Clinical Oncology*, 24 (3), 5098-5099.
- ✓ Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A. & Kudelka, A. (2000). Spikes – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311.
- ✓ Baile, W., Lenzi, R., Parker, P., Buckman, R., Cohen Lorenzo (2002). Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: An Exploratory Study. *Journal of Clinical Oncology*, 20, (8), 2189-2196.
- ✓ Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- ✓ Beauchamp, T. (2003). The origins, goals and core commitments of the Belmont Report and principles of biomedical ethics. In. Walter, J. & Klein, E.. *The story of bioethics: from seminal works to contemporary explorations*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- ✓ Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

- ✓ Buckman, R. (1992). *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- ✓ Cassmeyer, V. & Marantides, D. (2003). *Stress, factores de stress e gestão do stress*. Loures: Lusociência.
- ✓ Companhia de Freud (1939). *Carta a Marie Bonaparte. Galeria de Freud*. Retirado em 30 de outubro de 2011
http://www.ciadefreud.com.br/galeria_pags/313.htm
- ✓ Cós, H. (450 a. C.). *Juramento de Hipócrates*. Retirado a 30 de outubro de 2011.
<http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/opombo/hfe/protagoras/links/hipocrates.htm>
- ✓ Cressard P. (2008). Ética da informação médica. *The Journal of Psychiatry*, 13 (3). Retirado em 30 de outubro de 2011.
<http://www.polbr.med.br/ano08/fran0308.php#1>
- ✓ Direção Geral de saúde (1990). *Carta dos direitos e deveres do doente oncológico*. Retirado em 30 de maio de 2012.
<http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>
- ✓ European Oncology Nursing Society (2005). *Programa de postgrado en enfermería oncológica de la EONS*. Brussels, EONS Secretariat.
- ✓ Fernandes, I. M. R. (2007). *Factores influenciadores da percepção dos comportamentos do cuidar dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- ✓ Fortin, M.F. (1999). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- ✓ Hagerty, R., Butow, P., Ellis P., Lobb, E., Pendlebury, S., Leighl, N., Goldstein, D., Lo, S. & Tattersall, M. (2004). Cancer Patient Preferences for Communication of Prognosis in the Metastatic Setting. *Journal of Clinical Oncology*, 22 (9), 1721-1730.
- ✓ Heaven, C., Clegg, J., & Maguire, P. (2006). Transfer of communication skills training from workshop to workplace: the impact of clinical supervision. *Patient Education and Counseling*, 60 (3), 313-325.
- ✓ Hennezel M. (2004). *A morte íntima: aqueles que vão morrer nos ensinam a viver*. São Paulo: Ideias & Letra.
- ✓ King, I. (1984). *Enfermería como profesión - Filosofía, principios y objetivos*. Espanha: Editorial Limusa.
- ✓ Kübler-Ross, E. (2005). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes Editora Lda.

- ✓ Kruijver, I., Kerkstra, A., Francke, A., Bensing, J., & HBM. (2000). Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient Education & Counseling*, 39 (1), 129-145.
- ✓ Kruijver, I., Kerkstra, A., Kerssens, J., Holtkamp, C., Bensing, J., & HBM. (2001). Communication between nurses and simulated patients with cancer: evaluation of a communication training programme... including commentary by Heaven C and Payne. S. *European Journal of Oncology Nursing*, 5 (3), 140-153.
- ✓ Leal, F. (2003). Transmissão de más notícias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 19, 40-43. Retirado em 15 Julho, 2011
<http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20080304114303859489.pdf>
- ✓ Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra. Formasau.
- ✓ Lourenço, M. (2004). Cuidar no bloco operatório. *Revista Nursing*, (187), 25-28.
- ✓ Marek, J. & Boehnlein, M. (2003). *Cirurgia: enfermagem perioperatória*. 6ª ed., Loures: Lusociência.
- ✓ Martins, J. C. A. (Junho de 2010). Informação em saúde: perspectiva ética. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, (34), 18-21.
- ✓ McEnhill, L. (2008). Breaking bad news of cancer to people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 36 (3), 157-164.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (Julho de 2007). Um modelo de desenvolvimento profissional. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, (26), 4-20.
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Retirado a 30 de maio de 2011.
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- ✓ Palmer, C., & Thain, C. (2010). Strategies to ensure effective and empathetic delivery of bad news. *Cancer Nursing Practice*, 9 (9), 24-27.
- ✓ Parker, P., Aaron, J., & Baile, W. (2009). Breast cancer: unique communication challenges and strategies to address them. *Breast Journal*, 15 (1), 69-75.
- ✓ Pereira, M. (2005). Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto Contexto em Enfermagem*, 14 (1), 33-37.
- ✓ Pereira, M. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.

- ✓ Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- ✓ Portugal. Ordem dos Enfermeiros (dezembro de 2009). *Modelo de desenvolvimento profissional: sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem*. Retirado em 6 de julho de 2011.
<https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documents/cadernostematicos2.pdf>
- ✓ Portugal. Ministério da Saúde. (2007). *Plano nacional de prevenção e controlo das doenças oncológicas: orientações programáticas*. Retirado em 6 de julho de 2011
<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F2CE0CE2-9802-473D-9F45-F375687EB4F0/0/pnpcdoversaofinal8julho2009.pdf>
- ✓ Radziewicz, R., & Baile, W. (2001). Communication skills: breaking bad news in the clinical setting. *Oncology Nursing Forum*, 28 (6), 951-953.
- ✓ Regulamento nº 14/2009, da Ordem dos Médicos, Diário da República, nº 8, II Série, de 11 de Janeiro de 2009. Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Retirado em 30 de outubro de 2011.
<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/rpsp-1-2009-1/08-2009.pdf>
- ✓ Reynolds, J., & Carnwell, R. (2009). The nurse-patient relationship in the post-anaesthetic care unit. *Nursing Standard*, 24 (15-17), 40-46.
- ✓ Sancho, M. G. (2000). *Como dar las malas noticias en medicina*. Madrid: Aran Ediciones.
- ✓ Santos, M., Sousa F., Alves, P., Bonfim, I. & Fernandes, A. (2010). Therapeutic communication in perioperative care of mastectomy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (4), 675-678.
- ✓ Thistlethwaite, J. (2009). Breaking bad news: skills and evidence. *Innovait, Journals Medicine*, 2 (10), 605-612.
- ✓ Wakefield, A., Cocksedge, S., & Boggis, C. (2006). Breaking bad news: qualitative evaluation of an interprofessional learning opportunity. *Medical Teacher*, 28 (1), 53-58.
- ✓ Westerling, K. & Bergbom (2008). The importance of nursing in perioperative care: a patient's perspective. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 3 (4) 133-144.

ANEXOS

Anexo I

Folha de registos de enfermagem da visita pré-operatória do bloco operatório de um hospital distrital

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

GUIÃO PARA COLHEITA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ IDADE _____

SEXO: MASCULINO ☐ FEMININO ☐ NATURALIDADE _____

ESTADO CIVIL _____ PROFISSÃO _____

Nº PROCESSO _____ SERVIÇO _____ CAMA _____

DADOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO _____ GRUPO SANGUÍNEO _____ RH _____

BREVE HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL _____

INTERVENÇÃO CIRURGICA PROPOSTA _____

CIRURGIÃO _____ DATA: ____ / ____ / ____

CIRURGIAS ANTERIORES _____

ANESTESIAS ANTERIORES _____

PATOLOGIAS ASSOCIADAS _____

MEDICAÇÃO HABITUAL _____

ALERGIAS _____

HÁBITOS TABÁGICOS: NÃO ☐ SIM ☐

HÁBITOS ALCOÓLICOS: NÃO ☐ SIM ☐

EXAMES

CONSULTA DE ANESTESIA: NÃO ☐ SIM ☐ _____

EXAMES COMPLEMENTARES DIAGNÓSTICO: RX TORAX ☐ ECG ☐

ANÁLISES ☐ TAC ☐

OUTROS _____

O
B
S
E
R
V
A
Ç
Ã
O

G
E
R
A
L

PESO _____ ALTURA _____ TA _____ FC _____
ESTADO DE CONSCIÊNCIA _____
ESTADO EMOCIONAL _____
ESTADO NUTRICIONAL _____
MUCOSAS: CORADAS ☐ DESCORADAS ☐
PELE ÍNTEGRA: NÃO ☐ SIM ☐
RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO: NÃO ☐ SIM ☐ LOCAL _____
LIMITAÇÕES DO DOENTE: SENSORIAIS: NÃO ☐ SIM ☐
LOCOMOTORAS: NÃO ☐ SIM ☐
EXISTÊNCIA DE PRÓTESES: NÃO ☐ SIM ☐ IMPLANTE: NÃO ☐ SIM ☐
ESPECIFIQUE _____

C
I
R
U
R
G
I
A

ESTÁ INFORMADO SOBRE A INTERVENÇÃO CIRURGICA: NÃO ☐ SIM ☐
QUEM O INFORMOU? _____
A INFORMAÇÃO QUE FOI DADA FOI SUFICIENTE? NÃO ☐ SIM ☐
EXPECTATIVAS PERANTE A INTERVENÇÃO (medos, dúvidas, percepção de ansiedade e linguagem não verbal) _____

CONSENTIMENTO OPERATÓRIO ASSINADO: NÃO ☐ SIM ☐

ENSINO EFECTUADO: _____

OBSERVAÇÕES: _____

ENFERMEIRO QUE REALIZOU A VPO _____
TEMPO DE DURAÇÃO DA VPO _____ DATA: ____ / ____ / ____

APÊNDICES

Apêndice I

Reflexão sobre a comunicação entre enfermeira e três pessoas com cancro na visita pré-operatória

SITUAÇÃO 1

A S^{ra}. H. M. foi uma das doentes visitadas, tem 79 anos, raça caucasiana, reformada, dois filhos, analfabeta, residente na Lourinhã e deu entrada com o diagnóstico de tumor do ovário direito. A intervenção a que estava proposta era histerectomia e ablação do anexo direito. Depois de consultado o processo, em que a doente apresenta como antecedentes pessoais, hipertensão arterial, diabetes e duas cirurgias anteriores por neoplasia – hemicolectomia à direita em 2002 e ooforectomia à esquerda em 2005 com sessões de quimioterapia após cada cirurgia, dirigimo-nos à S^{ra}. H.M..

Identificamo-nos e perguntámos como gostava de ser tratada.

- *“Olá S^{ra}. H.M., somos as enf^{ra} I. e a enf^{ra} A., trabalhamos no BO, e estamos aqui para a ajudar. Gosta de ser tratada por que nome?”*

A doente diz qual o nome pelo qual prefere ser chamado e inicia-se um diálogo no sentido de identificar as suas preocupações em relação ao momento que se encontra a viver.

- *“Então S^{ra}. M. conte-nos o que se passa consigo, o que está aqui a fazer?”*

Esta pergunta é feita para tentar perceber a compreensão da doente em relação à doença e aos tratamentos. Outras vezes as perguntas são feitas tendo em conta os sinais e sintomas que levaram o doente a dirigir-se à instituição de saúde como o emagrecimento acentuado e brusco, vômitos, diarreias, obstipação, nódulos entre outros.

- *“Fui operada, já há 8 anos ao intestino e há menos tempo ao outro ovário, porque tinha um tumor, como tenho andado a ser seguida, a D^{ra}. diz que agora tenho outro tumor no outro ovário e tenho que o tirar.” (sic).*

- *“Das outras vezes que foi operada correu tudo bem?”*

- *“Sim, graças a Deus.” (sic).*

Através desta forma de abordagem percebemos que a senhora sabe o que se passa com a sua saúde.

- *“Eu quero é ficar boa para ir para casa e não preocupar a minha filha nem lhe dar trabalho. Os tratamentos (quimioterapia), depois fazem na minha terra. Vou de ambulância ou autocarro. Há muitos autocarros” (sic).*

Pela frase apresentada percebe-se que a S^{ra}. M. tem a esperança que esta cirurgia seja como as anteriores, em que a seguir vai para casa e retoma a sua vida. Identifica-se a preocupação com o facto de interferir na rotina da sua filha.

Nesta altura da entrevista, a enfermeira toca-lhe na mão, mostrando-lhe que está ali para a escutar e que partilha o seu sentimento, trazendo calma e conforto. Phaneuf (2005, p. 45) diz que tocar intencionalmente “pode ajudar a pessoa a abrir-se a esta relação e facilitar o estabelecimento de uma convivência terapêutica”.

A enfermeira devolve a pergunta dizendo: *“Porque é que diz que interfere com a vida da sua filha?”*

-“Ela não se queixa, mas anda sempre a correr de um lado para o outro!” (sic).

Estas informações permitem perceber qual o papel da família e o seu envolvimento no processo de doença atual. Estas perguntas e respostas permitem, segundo Lopes (2006, p. 159), “perceber melhor não só quais as estratégias, mas também quais as potencialidades que o doente e família encerram, para lidar com as dificuldades”.

O diálogo continua e é explicado à doente os procedimentos habituais neste tipo de cirurgia. Termina-se a entrevista perguntando: *“Quer saber mais alguma coisa? Em que mais lhe posso ser útil? Tem mais alguma dúvida em que eu possa ajudar?”*

A disponibilidade mostrada pela enfermeira permite-lhe “estar intensamente aberta ao que o doente exprime ou ao que a sua ação deixa adivinhar”, (Phaneuf, 2005, p. 152). A escuta é ao mesmo tempo olhar, observar e interpretar o que o doente está a tentar transmitir para saber como o podemos ajudar. Estas capacidades são essenciais para o estabelecimento da relação enfermeiro/doente oncológico e família, como diz Phaneuf “a observação e a escuta, pedras angulares da comunicação e da relação de ajuda” (2005, p. 147).

No dia da cirurgia na zona de transfere do doente, é notório que o cumprimento é mais personalizado. A enfermeira que realizou a VPO dirige-se à pessoa tratando-a pelo nome e perguntando-lhe como passou a noite, se conseguiu dormir. Desta forma manifesta interesse pela doente e distrai-a dos procedimentos técnicos que vão ocorrer até à indução anestésica.

Outro momento importante da fase perioperatória é a visita pós-operatória, “através dela podemos avaliar os cuidados prestados ao doente (...), um momento privilegiado para uma abertura à mudança com o objetivo de melhorar e otimizar os cuidados prestados” (AESOP, 2006, p.12). Nesta fase o enfermeiro percebe, através da

entrevista realizada ao doente dois, três dias depois da cirurgia qual a importância que a visita pré-operatória teve para o doente.

Dois dias depois voltámos à enfermaria para fazer outra visita pré-operatória e encontrámo-nos com a S^{ra}. H.M., manifestou verbalmente que a simpatia, o interesse e a preocupação dos enfermeiros do BO a ajudaram a suavizar a intimidação e a fragilidade em que se encontrava face à doença e à cirurgia.

- *“Obrigada por tudo, foi bom conhecer alguém antes de ir para o BO, uma pessoa fica mais animada, com mais força” (sic).*

O interesse manifestado pelo enfermeiro em relação à situação que o doente se encontra a viver como diz Lopes (2006, p. 312) “cria bom ambiente, facilita a relação e estimula a sua autoestima por se sentirem respeitados e bem acolhidos (...) elemento de ajuda porque entendem que reforça a capacidade de luta do doente”.

Durante este período o enfermeiro do BO assumiu um papel de destaque na gestão dos sentimentos do doente e da família e na gestão da informação. Os dados recolhidos através da entrevista lembram a importância a consciência do processo relacional.

SITUAÇÃO 2

Outra das doentes visitadas foi a S^{ra}. L.M., 57 anos, raça caucasiana, reformada com duas filhas, licenciada, residente em Lisboa. Deu entrada com o diagnóstico de neoplasia da mama do quadrante superior esquerdo com indicação para realizar uma mastectomia simples unilateral extensa.

Após consulta do processo da doente, esta apresenta como antecedentes pessoais renite alérgica e nunca foi operada. Para Lopes (2006) o início da relação começa com a consulta do processo, antes do doente e o enfermeiro se encontrarem. Esta fonte serve como preparação para o primeiro encontro.

A primeira abordagem foi semelhante à anterior. Identificámo-nos e perguntámos como gostaria de ser tratada. Indagámos se sabia a que iria ser operada e se tinha algumas dúvidas em que a pudéssemos ajudar. A S^{ra}. L. começou a chorar e disse:

- *“Tenho um tumor na mama. Todos os anos faço a mamografia e este ano acusou um caroço. Se eu tivesse feito o exame dois meses mais cedo se calhar não tinha chegado aqui!?” (sic).*

Também esta S^{ra}. sabe o que se passa com a sua saúde no entanto sente-se culpada. A nossa atitude foi mostrar disponibilidade, atenção, aproximarmo-nos dela e tocá-la levemente com o objetivo de lhe mostrar que partilhamos o seu sofrimento, contudo temos de respeitar o seu desgosto e o silêncio.

A culpa é uma das reações que o doente oncológico pode apresentar face ao diagnóstico de doença oncológica, o de “não ter feito tudo o que era preciso fazer ou ter feito atos repreensíveis” (Phaneuf, 2005, p. 445). Reconhecer a sua dignidade, centrarmo-nos naquilo que ele exprime verbal ou corporalmente, na sua maneira de viver a doença, na ajuda que solicita ou que não solicita é a forma que temos para o *cuidar*.

A intervenção de enfermagem consiste sempre em escutar, manifestando compreensão e empatia, mas vai mais longe, é necessário tranquilizar a pessoa sobre a sua responsabilidade.

Para além da culpa outros medos foram identificados. O medo do desconhecido, do que se iria passar a seguir, da sala de operações, da anestesia e o medo da morte. Conseguiram identificar-se através de frases como:

- *“Tenho medo de me ficar na operação!” (sic)*
- *“Como vai ser a operação?” (sic)*
- *“Vou ter dores?”*

Nesta altura a enfermeira continua a tocar-lhe na mão tentando apaziguar a sua ansiedade, respondendo:

- *“Não é habitual as pessoas morrerem durante este tipo de cirurgia.” (sic)*
- *“De manhã toma o seu banho, depois vai na sua cama para o BO. Lá vai ser recebida por nós e encaminhada para a sala operatória. Aí vamos-lhe ligar uns fios para ver o funcionamento do seu coração durante a cirurgia, a sua tensão arterial e a forma como respira, de seguida é anestesiada. Quando acordar vai ter dois drenos, um na axila e outro mais abaixo, de seguida é encaminhada para o recobro, onde vai ser vigiada mais umas horas e onde irá fazer um controlo rigoroso da dor e do seu estado geral. Nos dias de hoje com os medicamentos que existem não tem que ter dor.” (sic)*

O papel da enfermeira é tranquilizar a doente com as suas palavras serenas, é importante dizer que “o que quer que aconteça e qualquer que seja a sua necessidade, haverá sempre alguém para se ocupar dela” (Phaneuf, 2005, p. 443).

No dia da cirurgia face à pergunta *“então como passou desde ontem?”*, a resposta foi curiosa *“passei bem, vocês trouxeram-me esperança, senti apoio, sei que não vou*

estar sozinha. Obrigada”. Lopes no seu livro refere “a certeza desta presença confere segurança aos doentes, pois sabem que podem contar com aquela pessoa” (2006, p.259).

Durante a realização de outras visitas contactámos com esta doente e também ela manifestou que a visita realizada pelos enfermeiros do BO lhe trouxe tranquilidade:

- *“Senti apoio e carinho. Todos estavam preocupados comigo e partilhavam os meus sentimentos, tratavam-me com respeito, tiveram paciência para me escutar”*.

Com a realização destas entrevistas percebe-se que existe um conjunto de sentimentos que surgem com o diagnóstico de cancro e que são particularmente intensos no momento da cirurgia. Na gestão destes sentimentos entram as pessoas que se encontram à volta do doente e que poderão ajudar a viver melhor esta situação. Deste grupo de pessoas fazem parte os enfermeiros.

SITUAÇÃO 3

O último estudo de situação que vou descrever é o do S^{ra} A.C.. Tem 60 anos raça caucasiana, reformada, uma filha, outra já falecida (aos 35 anos) por neoplasia do ovário, 4º ano de escolaridade e mora em Évora.

Foi encaminhado pelo hospital da área de residência e deu entrada neste hospital com o diagnóstico de adenocarcinoma da transição retosigmoideia com metástases hepáticas. A intervenção cirúrgica proposta foi sigmoidectomia com bisegmentectomia V/VI e metastasectomias.

Este doente fez quimioterapia neoadjuvante e tem um cateter totalmente implantando colocado.

Apresenta como antecedentes pessoais hipoacusia bilateral, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II.

Esta visita iniciou-se com a consulta do processo, de seguida dirigimo-nos ao doente, identificámo-nos e perguntámos como gostava de ser tratado. Averiguámos se sabia a que iria ser operado e se tinha algumas dúvidas em que o pudessemos ajudar. Ele respondeu:

- *“Sei a que vou ser operado. Vão-me operar ao intestino e ao fígado, e a este é que eu tenho medo. Não me arranjem um fato de tábua. A minha filha morreu com 35 anos com cancro do ovário” (sic). [Começou a chorar]*.

A nossa atitude foi, aproximarmo-nos, mas deixando o doente expressar as suas emoções e mostrar que estamos lá para o ouvir se ele o desejar.

O medo da morte, o medo de não acordar da anestesia, a incerteza em relação ao futuro, está normalmente associado à doença oncológica e a esta fase específica do processo – a véspera da cirurgia.

A atitude dos enfermeiros passa por explicar a razão da existência destes sentimentos. E a nossa passou por transmitir uma mensagem de normalidade da existência e da manifestação daqueles sentimentos.

-“É perfeitamente natural que se sinta assim, nunca foi operado, não sabe como isto funciona e ainda por cima a sua filha morreu com esta doença, é normal que tenha dúvidas, se sinta triste” (sic.).

Sobre a morte e o medo de morrer Elisabeth Kübler-Ross, no seu livro “Sobre a morte e o morrer”, mostra o despreparo que todos nós temos ao vivenciar ou mesmo falar sobre a morte. Diz-nos que a morte não é tão dolorosa e amedrontadora se tratada com naturalidade e como mais uma etapa da vida.

Face a isto os enfermeiros devem desenvolver uma intervenção desmistificadora da situação ou uma intervenção de explicação numa atitude calma mas com convicção no que se está a dizer.

A transmissão de segurança consiste “na utilização de mensagens estruturadas com convicção e que sejam geradoras de um sentimento de segurança” (Lopes, 2006, p. 194).

Por vezes esta insegurança do doente e esta intranquilidade sobrepõe-se a tudo o resto que se relaciona com o tratamento do doente.

Outro medo identificado foi em relação ao futuro.

-Eu sei que há doentes que fazem o que eu faço, mas depois continuam os tratamentos... (silêncio) ... Penso que a cirurgia é a última coisa que vou fazer... (silêncio) ... Tenho lá um netinho gostava de o ver crescer (sic.). [Chorou].

Estas situações são sempre muito emotivas e de intenso sofrimento, o enfermeiro pela sua presença, pela atenção, pela forma calorosa como fala, leva a pessoa a um grande conforto. A atitude de escuta, respeito, de aceitação do outro e de empatia, permite à pessoa verbalizar os seus problemas e emoções.

Neste caso foi necessário oferecer ao doente algo a que se agarrar, dar-lhe esperança, falando-lhe do neto.

- “Tem um neto? Tem que ter força e coragem. Lutar para ver se consegue ficar

bem e voltar a brincar com o seu neto” (sic.).

- “Eu nunca desisti, também não há-de ser agora!” (sic.).

Todos os doentes precisam de sentir que existe esperança para o seu caso. Lopes no seu livro refere que “muitos doentes precisam de enquadrar a sua doença (...) e ter esperança de viver o suficiente para alcançar um determinado objetivo ou para resolver um dado problema” (2006, p. 198).

No dia da cirurgia o S^r.A.C. foi mais um dos doentes que reconheceu os enfermeiros que o tinham visitado no dia anterior. Manifestou sentir-se tranquilo e com confiança na equipa.

Dias depois encontrámo-lo na enfermaria, reconheceu-nos de imediato, tratou-nos pelo nome, expressava um sorriso enorme. Falou-nos da vontade de voltar para junto da sua família e agradeceu-nos por o termos acompanhado neste período difícil da sua vida.

Fala da visita pré-operatória como algo que o tranquilizou.

– “Foi importante, uma pessoa sente-se mais calma. Eu tinha medo da cirurgia, fiquei mais confiante depois de falar com vocês. Correu tudo como vocês me disseram. Obrigada” (sic.).

A relação de ajuda que se estabelece com o doente resulta do “encontro entre duas pessoas” (Phaneuf, 2005, p. 322) e para que essa relação aconteça “as duas pessoas em presença devem reconhecer-se e respeitar-se com seres humanos iguais” (Phaneuf, 2005, p. 322).

Quando falamos com um doente, o respeito por ele como pessoa é a chave “para uma relação significativa e calorosa” (Phaneuf, 2005, p. 322).

Nas relações que estabelecemos durante as visitas, envolvemo-nos totalmente através das palavras, do olhar, do contacto com o corpo e é nesta atenção manifestada por nós enfermeiros que o doente encontra forças para viver a sua dificuldade e para aceitá-la.

Baseada nesta filosofia humanista, a relação com o outro é primordial e só é possível ser estabelecida através da comunicação.

Apêndice II

Reflexão da comunicação com uma doente na consulta de
Enfermagem da consulta externa de uma unidade de doença oncológica da
mama

MOMENTO DE REFLEXÃO SEGUNDO O CICLO DE GIBBS...

Com o relato desta experiência pretendo descrever, analisar e refletir sobre um encontro com uma doente com neoplasia da mama durante uma consulta de enfermagem. O meu objetivo foi analisar a forma como se processou a consulta e a relação que se estabeleceu. Espero através da reflexão sobre esta situação vivenciada aprender e desenvolver as minhas capacidades e aptidões para estabelecer uma relação de ajuda mais eficaz.

A vivência da doença oncológica pela doente M. ...

DESCRIÇÃO O que aconteceu?	<p><i>Contextualização:</i></p> <p>Doente com 45 anos de idade, casada, com duas filhas de 8 e 14 anos. Trabalha numa empresa de calçado e tem o 6º ano de escolaridade. O marido tem apenas trabalho esporádico.</p> <p>A doença atual surgiu em Outubro de 2011, com a autopalpação da mama direita, que era feita esporadicamente pela doente, tendo detetado uma massa não dolorosa, no quadrante superior interno direito. Ficou muito inquieta, pois tinha o exemplo de uma colega de trabalho, mas mantinha a esperança de que se tratasse de um nódulo benigno.</p> <p>Foi ao médico de família, fez uma mamografia e ecografia mamária, que revelaram “uma forma nodular de +/- 2cm de diâmetro”. De seguida foi encaminhada para o hospital da especialidade onde realizou uma biópsia guiada por ecografia, que revelou: carcinoma ductal invasivo, moderadamente diferenciado.</p> <p>Foi a uma consulta de decisão terapêutica e saiu com indicação para tumorectomia mamária à direita</p>
--------------------------------------	--

<p>(cont.)</p> <p>DESCRIÇÃO</p> <p>O que aconteceu?</p>	<p>com esvaziamento axilar, seguida de tratamentos quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia.</p> <p>Quando chega à consulta de enfermagem, que se realizou no mesmo dia da consulta de decisão terapêutica, vinha muito ansiosa. Este contacto ocorreu nesta consulta.</p> <p>A S^{ra}. M. estava preocupada com a doença, a cirurgia e a duração dos tratamentos, que colocariam o seu emprego em risco.</p> <p><i>Momento alvo de reflexão:</i></p> <p>Sentada de frente para a S^{ra}. M. perguntei-lhe:</p> <p>Eu – Fale-me do que se passou na consulta. Conte-me um bocadinho do que se passa consigo.</p> <p>S^{ra}. M. – O que é que a senhora quer que lhe diga que se passa comigo?</p> <p>Eu – Quero que me conte o que lhe disseram.</p> <p>S^{ra}. M. – Mandaram-me para este hospital porque tinha um “caroço” na mama. O resultado da análise diz que é cancro. O S^r. Doutor diz que tenho que tirar um bocadinho da mama e fazer tratamentos.</p> <p>Eu – E como se sente em relação a isso?</p> <p>S^{ra}. M. – Tirar um bocadinho da mama, eu não me importo, só não queria que o cabelo me caísse com os tratamentos para ninguém saber o que tenho. E depois? Vou andar mal disposta a vomitar? Posso continuar a trabalhar?</p> <p>Eu - O tratamento que a senhora vai fazer, faz cair o cabelo, mas nos dias de hoje existem muitas opções em termos de cabeleiras. Praticamente ninguém se apercebe de que se trata de uma cabeleira.</p> <p>Em relação aos efeitos secundários da quimioterapia, vai estar medicada para que estes não ocorram ou sejam minimizados ao máximo. Trabalhar não é impossível, é natural que se sinta mais cansada</p>
--	---

<p>(cont.)</p> <p>DESCRIÇÃO</p> <p>O que aconteceu?</p>	<p>devido aos tratamentos, e o seu organismo tem menos defesas, deve de evitar contacto com aglomerados de pessoas, porque corre o risco de apanhar alguma infeção e ter que adiar algum tratamento.</p> <p>S^{ra}. M. – Tenho medo. A doença tenho de a tratar, mas lá em casa como vai ser? Quem é que vai dar atenção às minhas filhas? E o dinheiro de onde vem se eu deixar de trabalhar? Que futuro vai ser das minhas filhas?</p> <p>A S^{ra}. M. começa a chorar, eu aproximo-me, toco-lhe na mão e numa linguagem pausada procuro acalmá-la.</p> <p>Eu – Todos nós profissionais de saúde, estamos cá para a ajudar. Queremos ajudá-la a ultrapassar esta fase de doença mas também a podemos ajudar e encaminhar para que este período menos bom tenha o menor impacto possível na sua vida familiar e económica. Está aqui o nosso nº de telefone, sempre que for preciso alguma coisa é só ligar, eu ou uma das minhas colegas falamos consigo.</p> <p>S^{ra}. M. – Obrigada pelo vosso apoio, sem vocês e a vossa ajuda seria tudo mais difícil.</p> <p>Durante toda a consulta de enfermagem a S^{ra}. M. esteve muito chorosa e preocupada com o futuro dos filhos. Foi uma consulta muito emotiva.</p>
<p>SENTIMENTOS</p> <p>Em que pensei e o que senti?</p>	<p>Se esta consulta de enfermagem tivesse decorrido no início deste curso de mestrado, eu estaria perante uma situação desconfortável, iria sentir que não poderia fazer nada para ajudar, não saberia ao certo como abordar a doente em relação às suas dúvidas/medos/ angústias.</p> <p>Perante a situação iria ter tendência para me afastar porque receava não controlar adequadamente as minhas emoções e teria receio de não transmitir exatamente aquilo que pretendia.</p>

<p>(Cont.)</p> <p>SENTIMENTOS</p> <p>Em que pensei e o que senti?</p>	<p>Ao refletir sobre este momento penso que alcancei os objetivos a que me propus para esta consulta, ou seja, desenvolver competências na área da comunicação com o doente oncológico e sua família.</p> <p>De facto a comunicação é sem dúvida uma ferramenta importante para apoiar os doentes oncológicos e suas famílias na trajetória da sua doença. Existem algumas situações específicas de comunicação que podem ser mais complexas e constituir dificuldades acrescidas para os enfermeiros, nomeadamente a transmissão de más notícias.</p> <p>Os enfermeiros são elementos fundamentais no processo de comunicação, uma vez que assumem o papel de escutar, apoiar e clarificar o doente/família, mostrando-se sempre disponíveis.</p> <p>Senti-me segura no discurso que utilizei nos diferentes momentos da consulta e convicta que as minhas palavras e gestos foram uma mais-valia para tranquilizar esta doente. Permitiu-me articular a teoria com a prática, sem ansiedade e sem medo.</p>
<p>AVALIAÇÃO</p> <p>O que foi bom e o que foi mau na experiência?</p>	<p><i>Aspetos positivos:</i></p> <p>Ao olhar para trás e analisando a situação à luz das temáticas desenvolvidas ao longo do curso de mestrado penso que a minha abordagem foi positiva. Foi um momento de crescimento pessoal e profissional, na medida em que procurei aplicar todos os conhecimentos até aí adquiridos, procurando dar resposta às necessidades da doente que se encontrava à minha frente.</p> <p>Neste processo senti uma ambivalência de sentimentos. De certa forma impotente por não poder resolver o problema de fundo, mas ao mesmo tempo, conforto por ter conseguido que a doente expressasse os seus sentimentos e constatei que a partir desse momento ela estava muito mais aliviada, por sentir que tinha um local onde poderia recorrer em caso de necessidade, tinha alguém que a ouvisse.</p> <p>Percebi que nesta consulta de enfermagem, todos os profissionais estão empenhados em reduzir o</p>

<p>(cont.) AVALIAÇÃO O que foi bom e o que foi mau na experiência?</p>	<p>impacto emocional e sensação de isolamento provocado pela doença oncológica com o objetivo de diminuir os efeitos negativos que possam advir da mesma.</p>
<p>ANÁLISE Que sentido posso retirar a partir da situação?</p>	<p>A comunicação de más notícias é um momento de grande ansiedade e stress para o doente/família e equipa de saúde. Wakefield afirma que “através da aprendizagem de habilidades de comunicação de más notícias, os sentimentos de desamparo geradores de stress podem ser diminuídos, criando um clima de apoio mútuo” (2006, p.57).</p> <p>A mudança drástica na vida da pessoa não se resume só ao diagnóstico e prognóstico da doença oncológica, o impacto que tem nas suas vidas pode ter repercussões físicas, familiares sociais e profissionais.</p> <p>As principais funções de um enfermeiro não se reduzem em informar a doente sobre a sua doença e tratamento, mas também “criar uma relação terapêutica eficaz, através da avaliação das preocupações dos doentes, mostrando compreensão, empatia e proporcionando conforto e apoio” (Kruijver <i>et al</i>, 2000, p.129).</p> <p>Nestas circunstâncias a minha preocupação foi reduzir o impacto emocional causado pela doença, tentar responder às dúvidas colocadas pela senhora e tentar diminuir a sua sensação de isolamento. Durante a consulta de enfermagem procurei usar as minhas habilidades comunicacionais, deixando a S^{ra}. M. expor as suas dúvidas e os seus sentimentos, pretendi aplicar a quinta etapa do protocolo de SPIKES (Baile <i>et al</i>, 2000) que pressupõe responder empaticamente à resposta emocional do doente e família tendo a preocupação de clarificar, explorar e validar os sentimentos e preocupações destes. Mas apesar</p>

<p>(cont.)</p> <p>ANÁLISE</p> <p>Que sentido posso retirar a partir da situação?</p>	<p>de tudo ter corrido bem fica-se com a sensação que muito mais podemos fazer, é uma forma de apoio inacabado e que terá a sua continuação no plano de ação futura que é traçado na sexta etapa deste protocolo - “Summary” – onde é proposto um plano de acompanhamento (Baile <i>et al</i>, 2000).</p> <p>Na consulta tentei mostrar que há pequenas metas passíveis de ser atingidas e, desta forma, concretizar aspetos gratificantes da vida do doente. Penso que o consegui, mas mais há par fazer em próximas consultas.</p>
<p>CONCLUSÃO</p> <p>O que poderia ter sido feito?</p>	<p>Durante este momento de partilha procurei dar assistência às suas necessidades individuais, ao dar uma resposta integral às suas inquietações e medos. Nesta consulta foi importante compreender, respeitar o silêncio, escutar ativamente, deixando a S^{ra}. M. expressar os seus sentimentos e não procurar uma resposta para dar. Foi um momento de partilha e de escuta.</p>
<p>PLANO DE ACÇÃO</p> <p>Se acontecer de novo como irei proceder?</p>	<p>A comunicação estabelecida durante a consulta permitiu que a doente verbalizasse a sua ansiedade e os seus medos, permitindo-me <i>a posteriori</i> avaliar o grau de apreensão e o grau de conhecimento que tinha sobre a sua situação.</p> <p>As três primeiras questões que coloco à Sra. M. são formas de abordagem para iniciar uma consulta tendo por base o protocolo SPIKES.</p> <p>O apoio e disponibilidade demonstrada no final da consulta, o contacto telefónico disponibilizado, foi a forma encontrada para mostrar que estamos disponíveis para um novo encontro.</p> <p>A situação fez-me refletir sobre a minha prática. As emoções decorrentes da transmissão do diagnóstico e tratamento provocam um “turbilhão” no quotidiano do doente, tornando-se urgente o acompanhamento do doente oncológico e sua família para que as alterações que ocorrem na sua vida possam ser minorizadas.</p>

(cont.) PLANO DE ACÇÃO Se acontecer de novo como irei proceder?	Se a situação voltar a acontecer procurarei ter um maior e melhor domínio deste protocolo.
---	--

BIBLIOGRAFIA:

- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A. & Kudelka, A. (2000). Spikes – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311.
- Kruijver, I., Kerkstra, A., Francke, A., Bensing, J., & HBM. (2000). Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient Education & Counseling*, 39 (1), 129-145.
- Wakefield, A., Cocksedge, S., & Boggis, C. (2006). Breaking bad news: qualitative evaluation of an interprofessional learning opportunity. *Medical Teacher*, 28 (1), 53-58.

Apêndice III

Questionário

Escola Superior Enfermagem de Lisboa
II Curso de Mestrado em Enfermagem na Área
de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica
Vertente Oncológica

Caro(a) colega:

Sou uma enfermeira que estou a frequentar o II Curso Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e encontro-me a realizar um projeto intitulado: “Comunicação da equipa de enfermagem com o doente oncológico na visita pré-operatória”.

Pretendo com estas questões saber a opinião dos enfermeiros sobre a visita pré-operatória organizada pelo bloco operatório do hospital distrital.

Este questionário é de resposta individual, confidencial e anónimo.

Agradeço que não deixe nenhuma das duas questões sem resposta.

Porque o seu contributo é muito importante para a realização deste trabalho, agradeço a sua colaboração.

Anabela Pinto

Nº _____

1. Idade _____

2. Número de anos no BO _____

3. Número de anos de serviço _____

4. Quando realiza uma visita pré-operatória a um doente oncológico, quais os aspetos a que dá importância na comunicação com ele?

5. Refira-se a três das dificuldades ou desafios à comunicação que já tem enfrentado na visita pré-operatória com o doente oncológico?

Obrigada.

Apêndice IV

Análise de conteúdos dos dados do questionário

1.Quando realiza uma visita pré-operatória a um doente oncológico, quais os aspetos a que dá importância na comunicação com ele?

CATEGORIAS	SIGNIFICAÇÃO	UNIDADES DE REGISTO	OCORRÊNCIAS
APRESENTAÇÃO DO PROFISSIONAL		“apresentação e explicação do que faço” (d.1) “à forma como me apresento” (m.1)	2
ATITUDE DE DISPONIBILIDADE	Disponibilidade de tempo	“disponibilizar o tempo necessário para o doente exprimir e revelar os seus sentimentos, dúvidas, receios e, expectativas” (a.1) “a disponibilidade para a partilha” (c.4) “mostrar disponibilidade” (f.3) “disponibilidade” (g.2)	4
	Disponibilidade de escuta	“ter uma postura de escuta activa para perceber mais claramente as dificuldades do doente” (b.1) “saber ouvir” (h.1) “deixar a pessoa falar ouvindo-a com atenção” (m.2) “estar atenta ao que quer saber” (d.3)	4
POSTURA		“linguagem corporal congruente com a verbal” (a.2) “adequar a minha linguagem e expressão corporal” (j.4)	2
ATITUDE EMPÁTICA		“a empatia terapêutica” (c.2) “comunicar de forma a estabelecer alguma empatia para permitir um diálogo aberto”(e.1) “proporcionar momentos de empatia” (f.1) “relação de ajuda/empatia” (g.1) “esforço-me para criar empatia e respeito pelo doente”(k.3) “o toque é muito importante” (h.2)	6
AVALIAÇÃO	Avaliar situação clínica e cirúrgica	“aperceber-me do seu estado de saúde” (a.3) “[avaliar] conhecimentos que o doente possui sobre o seu estado de saúde” (a.5) “o conhecimento sobre o diagnóstico e a cirurgia”(c.3) “expectativas do doente face à intervenção” (g.4) “expectativas do doente em relação à doença” (g.5) “o diagnóstico” (i.1) “perceber o que o doente sabe acerca da sua situação” (n.1)	8

		“perceber as expectativas do doente” (n.2)	
AVALIAÇÃO	Avaliar estado emocional	“aperceber-me do seu estado emocional” (a.4) “tento na relação com o doente perceber os sentimentos de (...) que está a viver ou vivem presentes nele”(b.3) “estado de espírito do doente” (g.3) “preocupação do doente quanto ao seu futuro” (g.6) “perceber os pontos fracos e assuntos que causam desconforto ao doente” (e.3)	5
	Avaliar o que a pessoa quer conhecer	“ter em consideração aquilo que o doente quer ou não saber para fornecer informação pertinente e adequada” (a.6) “perceber (...) se os assuntos devem ser abordados ou não” (e.4) “perceber se o doente quer abordar o assunto ou não” (f.2) “perceber o que ele sabe e o que quer saber” (l.2)	4
INTERVENÇÃO	Utilização de linguagem acessível para a pessoa	“tento chegar ao doente utilizando uma linguagem acessível”(d.2) “comunicar com linguagem simples” (e.2) “deve-se ser assertivo e claro durante a conversa” (i.3) “adequar a linguagem ao doente, atendendo às suas especificidades culturais e conhecimento que demonstra ter sobre a sua doença” (j.1) “esforço-me por usar um discurso perceptível” (k.1) “falar com linguagem clara e perceber a mensagem” (l.1)	6
	Comunicação centrada necessidades e dúvidas pessoa	“respeito pelas suas necessidades” (c.5) “ir de encontro às dúvidas expressadas” (j.2) “esforço-me para ir de encontro às suas necessidades, mas ...”(k.2) “esclarecer sempre que possível as suas questões” (m.3) “esclarecer as suas dúvidas” (n.3)	5
	Comunicação respeita verdade diagnóstico	“a veracidade do discurso” (c.1) “mostrar ser o mais verdadeiro possível quanto ao diagnóstico” (f.5)	2
	Conteúdo comunicação não excessivo	“não sobrecarregar o doente com questões” (a.7) “não sobrecarregar o doente com informação desnecessária e em demasia” (a.8)	2
	Conteúdo comunicação acordo guia	“manter uma comunicação baseada na resposta às perguntas que constam do guia” (b.2)	1

	Conteúdo comunicação específico cirurgia	“desmistificar mitos existentes” (f.4) “as limitações do doente no pós-operatório” (i.2)	2
	Apoio e suporte da pessoa e/ou família	“[avaliar os sentimentos presentes] ... de forma a poder ajudá-lo como profissional e como ser humano que pode a qualquer momento viver uma situação idêntica” (b.4) “dar apoio psicológico tranquilizando o doente/família” (j.3) “acalmá-lo através de uma comunicação assertiva” (l.3) “atenuar a sua ansiedade” (n.4)	4

2. Refira-se a três das dificuldades ou desafios à comunicação que já tem enfrentado na visita pré-operatória com os doentes oncológicos?

CATEGORIAS	SIGNIFICAÇÃO	UNIDADES DE REGISTO	OCORRÊNCIAS
PRIVACIDADE		“a falta de privacidade para a realização da visita pré-operatória”(a.3) “a existência de muita gente no quarto” (l.2)	2
CONTROLO DA COMUNICAÇÃO		“doente hipocondríaco que tem de falar em todas as doenças que tem” (d.3) “iniciar discurso” (i.3)	2
DESCONHECIMENTO	Desconhecimento do doente sobre cirurgia	“desconhecimento do doente relativamente ao procedimento cirúrgico a que será submetido” (a.2) “doente que não sabe o que lhe vão fazer apesar de ter dado o seu consentimento” (d.2) “doente com expectativa de cura quando a cirurgia é paliativa”(g.1) “doente não informado sobre o que lhe vai acontecer e as consequências da cirurgia” (n.1)	4
	Desconhecimento do doente sobre o diagnóstico	“muitas vezes o processo de negação e revolta dificulta a comunicação” (h.1) “pouca informação clínica sobre o diagnóstico/ prognóstico que o doente tem” (j.2) “falta de conhecimento da patologia ou negação face à doença” (l.1) “doente sem noção da saúde/ doença que tem” (n.2) “dificuldade em perceber a sua situação clínica real” (b.2) “conhecimento do doente relativamente ao mesmo [refere-se ao diagnóstico]” (f.2)	6
	Desconhecimento sobre a situação	“doente em negação”(d.1) “a negação do doente perante a situação” (e.3) “o desconhecido interfere na comunicação” (h.3) “não saber até que ponto o doente sabe da sua condição” (k.1)	4
ENFRENTAR O ESTADO AFETIVO DOENTE	Enfrentar o estado emocional do doente	“o estado emocional do doente (ansiedade) que muitas vezes não permite assimilar a informação fornecida”(a.1) “a fragilidade emocional do doente oncológico” (b.1) “depressão profunda, desesperança” (g.3) “o negativismo do doente” (j.1) “excessiva ansiedade por parte do doente” (i.3)	5

ENFRENTAR A DOENÇA	Enfrentar o cancro e suas implicações	“o medo do sofrimento e da morte” (b.3) “diagnóstico” (c.1) “a abordagem do diagnóstico” (f.1) “medo da morte” (g.2) “diagnóstico” (i.1)	5
DIFICULDADES DO PROFISSIONAL	Constrangimento em responder ao doente	“as expetativas futuras/recuperação” (c.2) “pouco a vontade para responder a certas questões” (m.2) “não me sinto pessoalmente confortável com o tema, pois quase sempre são situações de fim de vida” (n.3).	3
	Envolver-se em excesso na situação	“por vezes pouca disponibilidade de tempo”(m.3) “o meu envolvimento na situação clínica... o viver a situação do doente” (c.3) “dificuldade em manter-me distanciada da situação clínica de alguns doentes” (j.3)	3
DIFICULDADES DO DOENTE	Constrangimentos do doente à comunicação	“doente pouco comunicativo” (e.1) “[doente com] à vontade para falar com o enfermeiro que nunca viu” (f.3) “em manter diálogo com pessoas pouco comunicativas” (m.1)	3
	Características do doente	“estado de consciência do doente” (e.2) “o estado geral do doente” (h.2) “falta de conhecimentos socioculturais” (k.2) “idade avançada do doente” (k.3)	4

Apêndice V

Plano de formação do curso “Treino de habilidades de comunicação”

PLANO DE FORMAÇÃO DO CURSO – Treino de Habilidades de Comunicação

TEMA: Comunicação da equipa de enfermagem com o doente oncológico na visita pré-operatória

OBJECTIVOS:

- Identificar os conceitos de comunicação de uma “má notícia”.
- Enumerar as vantagens da comunicação na criação de um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação de ajuda com o doente oncológico durante a visita pré-operatória.
- Enumerar as razões das barreiras que se colocam à comunicação com os doentes oncológicos.
- Sensibilizar os participantes para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade ao doente oncológico e sua família durante a visita pré-operatória tendo por base um protocolo de comunicação – Protocolo SPIKES.
- Refletir individualmente e em grupo sobre possibilidades de diálogos nas situações apresentadas.

FORMADORAS: Enf.^a Anabela Pinto

FORMANDOS A QUE SE DESTINA:

14 Enfermeiros do Bloco Operatório

DATA: 03/01/2012 a 17/02/2012

DURAÇÃO: 3h 30m

LOCAL: Bloco Operatório do hospital distrital

Etapas	Duração	Conteúdos	Recursos materiais	Preletor	Método
Formação teórica	45 minutos cada sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Conceitos de comunicação e de má notícia • Vantagens da comunicação na VPO para os enfermeiros e para os doentes • Apresentação do protocolo SPIKES 	Data show e Computador	Enf. Anabela Pinto	Expositivo
Formação teórico-prática	45 minutos cada sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Análise de casos • Exercícios de reflexão escrita e discussão • Desenvolvimento de estratégias de comunicação a partir da análise e discussão de situações tipo de VPO 	Data show e Computador	Enf. ^a Anabela Pinto	Expositivo Participativo
Formação de trabalho de campo Role-playing	2 Horas cada sessão	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento individual de cada enfermeiro na realização de duas VPO. • Reflexão sobre a comunicação estabelecida durante a VPO 		Enf. Anabela Pinto	

Avaliação: - Levantamento do nº de doentes oncológicos operados/Levantamento do nº de VPO realizadas.
- Análise da qualidade dos registos.
- Elaboração de um cartaz pela equipa de enfermagem sobre estratégias de comunicação.

Apêndice VI

Slides da sessão de formação “Treino de habilidades de
comunicação – Formação teórica”

Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Elaborado por:
Anabela Pinto

Janeiro 2012

1

Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Conceito:

"a comunicação é o processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas"

(Phaneuf, 2005, p.23)

"a comunicação e suas habilidades ajudam os indivíduos a superar uma etapa em que exista interferência com a sua vida diária"

(King, 1984, p.84)

2

Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Contextualização do tema:

"A interação e o diálogo teve um efeito positivo sobre o processo do doente"

(Westling & Elbergom, 2008, p. 142)

"a relação é estabelecida e mantida através da interação e da comunicação"

(Westling & Elbergom, 2008, p. 143)

"a comunicação surge como central para o papel do enfermeiro com os doentes, envolveu transmitir informação, reconhecendo os sentimentos e demonstrando aos doentes que seus sentimentos foram reconhecidos"

(Reynolds & Carnwell, 2009, p. 43)

"o papel do enfermeiro na consulta pré-operatória é complexo (...) os enfermeiros devem de estar devidamente preparados"

(Reynolds & Carnwell, 2009, p. 45)

3

Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Barreiras de comunicação com o doente oncológico:

"durante a realização da VPO, os enfermeiros tentam colocar os doentes à vontade, mas perante o tipo de cirurgia de cada doente podem sentir maior ou menor ansiedade"

(Reynolds & Carnwell, 2009, p. 41)

"falar com alguém com cancro é diferente de falar com alguém que vai remover uma unha"

(Reynolds & Carnwell, 2009, p. 41)

"é necessário lidar com as perguntas dos doentes"

(Reynolds & Carnwell, 2009, p. 42)

4

Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Barreiras de comunicação com o doente oncológico (cont.)

"percebe-se a falta de comunicação que os enfermeiros têm com os doentes, sendo o foco da visita pré-operatória os aspectos físicos do atendimento"

(Reynolds & Carnwell, 2009, p. 40)

"comunicar com um doente com cancro carrega uma grande carga emocional (...) os enfermeiros parecem ter medo de perder o controlo da situação"

(Kruijver et al, 2001, p. 141)

5

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

6

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Conceito:

O Protocolo SPIKES descreve seis etapas através das quais se define, **onde, quando e como** se devem transmitir as más notícias.

Funciona como um guia orientador para a pessoa que as transmite.

7

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

O QUE SÃO MÁS NOTÍCIAS?

O termo "más notícias" designa qualquer informação transmitida ao doente ou aos seus familiares que implique, directa ou indirectamente, alguma alteração negativa na vida destes.

Afeta o domínio cognitivo, emocional, espiritual e comportamental.

Altera a dinâmica familiar.

8

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

MÁS NOTÍCIAS ASSOCIADA:

- ☐ à transmissão de diagnóstico de doenças terminais,
- ☐ ao diagnóstico que impõe mudanças na vida do doente (como diabetes num adolescente ou cardiopatia num atleta, um tumor numa mulher jovem),
- ☐ uma resposta inadequada a determinada terapêutica,
- ☐ uma necessidade de tratamento ou procedimento em momento inoportuno na vida de um doente,
- ☐ um penso de uma ferida cirúrgica que não evolui positivamente.

9

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Comunicar Más Notícias "Medos dos profissionais de saúde"

- ☐ De causar dor
- ☐ Desesperança
- ☐ Fracasso terapêutico
- ☐ Reações emocionais do doente
- ☐ Expressar suas próprias emoções
- ☐ Medo pessoal da doença e da morte

(Kuijver et al, 2001, p. 141)

10

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

O Cancro para o doente oncológico:

- ☐ Inimigo satânico
- ☐ Doença vergonhosa
- ☐ "Caroço"
- ☐ Massa
- ☐ "Aquele doença"
- ☐ Doença revestida simbolicamente por conteúdos negativos
- ☐ Punição e culpa

(Alarcão, 1989, p.7),

11

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Falar sobre o cancro? Fins do séc. XIX o código de ética médica

É um dever sagrado guardar-se com cuidado toda a informação a esse respeito, evitar todas as coisas que têm tendência a desencorajar o doente, e a deprimir seu espírito.

"prescreverei aos enfermos, segundo o melhor juízo e o meu saber, o regime conveniente para seu benefício, preservando-os de qualquer dano"

(Juramento de Hipócrates, 450 a.C)

12

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Falar sobre o cancro? Finais do séc. XX – Declaração de Genebra

O profissional de saúde deve lidar honestamente com o doente e seus familiares. O doente tem o direito de saber seu estado clínico, passado, presente e futuro, sem crenças erradas relativas à sua situação.

Artigo 50.o
(Revelação de diagnóstico e prognóstico)
"O diagnóstico e o prognóstico devem, por regra, ser sempre revelados ao doente, em respeito pela sua dignidade e autonomia"
(código deontológico, 2009, p.122)

13

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Comunicação! Importante, Porquê?

- Fortalece a relação doente, família e profissional de saúde.
- Reduz a incerteza da situação vivida pelo doente e sua família.
- Oferece uma direcção ao doente e sua família.
- Minimiza sentimentos de isolamento, solidão e medo.
- Grande maioria das pessoas quer saber.

(Reynolds & Carnwell, 2009, p. 43)

14

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Entre Verdades e Mentiras: o Silêncio

A mentira pode ocorrer na tentativa de minimizar o sofrimento do doente e **provavelmente dos profissionais** e familiares.

- **mas há consequências:**

interferem na qualidade da relação doente/profissional de saúde, na satisfação dos cuidados

e

na forma como o doente conduzirá os seus tratamentos futuros.

15

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Comunicar a verdade?

"A questão não consiste, efetivamente, em saber se convém ou não dizer-lhe a verdade, mas na maneira como compartilhar com ele tal conhecimento, como permitir-lhe que nos diga o que sabe, que compartilhe connosco o que sente."

(Hennetzel, 2004 p.56)

16

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Protocolo SPIKES

- *Setting*
- *Perception*
- *Invitation*
- *Knowledge*
- *Explore Emotions*
- *Strategy and Summary*

(Baile et al, 2000)

17

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Objectivos do Protocolo SPIKES

- Recolher informações do doente,
- Transmitir informações ao doente,
- Proporcionar suporte ao doente e sua família,
- Induzir a sua colaboração no desenvolvimento de uma estratégia ou plano de tratamento para o futuro.

18

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Protocolo SPIKES

S – Setting up the interview – Preparação para a entrevista;

- Rever a informação clínica relevante (consultar o processo),
- Preparação emocional,
- Dar informação pessoalmente e de forma gradual,
- Local privado e confortável,
- Presença de acompanhante,
- Manter contacto visual com o doente.

19

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Protocolo SPIKES

P – Assessing the patient's Perception – Avaliar a percepção do doente sobre a doença.

- Avaliar o estado emocional do doente,
- Perceber o que o doente sabe sobre a doença,
- Esclarecer o doente.

20

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Protocolo SPIKES

I – Obtaining the patient's Invitation – Obter a atenção do doente

- Perceber se o doente quer ou não ser informado,
- Perceber se o doente quer receber pormenores sobre o seu estado clínico.

21

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Protocolo SPIKES

K – Giving Knowledge and information to the patient – Dar a informação

- Avisar o doente de que as notícias são más,
- Linguagem simples e compreensível,
- Evitar frases longas,
- Validar se o doente está a entender o que lhe é dito,
- Se mau prognóstico, comunicar ao doente outras intervenções terapêuticas (alívio dos sintomas e prevenção da dor).

22

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Protocolo SPIKES

E – Addressing the patient's Emotions with empathic responses – Responder às emoções do doente (Desgosto, isolamento, raiva, revolta)

- Mostrar-se solidário e apoiar o doente,
- Estabelecer uma relação de ajuda com o doente,
- Tocar no doente,
- Não discutir com a negação, aceitar a ambivalência.

23

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Protocolo SPIKES

S – Strategy and Summary – Plano de acompanhamento e terminar a entrevista (estratégia de tratamento e resumo)

- Fazer um plano de acção de futuro,
- Manter uma esperança realista,
- Orientar-se o doente para resolver os seus problemas,
- Encorajar o doente a colocar sempre as suas dúvidas,
- Programar outro encontro.

24

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Resumo do protocolo

- ❑ Consultar o processo e planear a abordagem
- ❑ Cria um ambiente confortável
- ❑ Encorajar a presença de um familiar
- ❑ Avaliar a capacidade do doente interpretar a informação que lhe é transmitida
- ❑ Perceber se o doente quer ser informado
- ❑ Organizar uma estratégia para transmitir a informação
- ❑ Validar a compreensão do doente
- ❑ Evitar transmitir desesperança e desistência

25

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Resumo do protocolo

- ❑ Valorizar os cuidados paliativos, o alívio dos sintomas e a disponibilidade
- ❑ Fornecer a informação pouco a pouco
- ❑ Evitar termos técnicos
- ❑ Reforçar e esclarecer as informações transmitidas
- ❑ Reconhecer ansiedade, tristeza, expectativas, necessidades e limitações
- ❑ Enfrentar as reacções emocionais do paciente
- ❑ Estabelecer uma relação de ajuda
- ❑ Mostrar disponibilidade (oferecer-se para responder a qualquer pergunta)

26

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Exemplos de frases:

Frases afirmativa/afectiva

“Percebo quanto isso o entristece”
“Percebo que não estava à espera disto”
“Sei que esta não é uma boa notícia”
“Sinto muito ter que lhe dizer isto”
“Isto também é muito difícil para mim”

(Baile et al, 2000)

27

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Exemplos de frases:

Frases afirmativa/afectiva

“Consigo perceber como se sente”
“Imagino que qualquer um teria a mesma reacção”
“Muitos outros doentes tiveram uma experiência semelhante”

(Baile et al, 2000)

28

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Exemplos de frases:

Frases exploratórias

“O que quer dizer com isso?”
“Conte-me mais sobre isso”
“Pode explicar melhor o que quer dizer?”
“O senhor disse que isto assustava?”
“Pode-me dizer o que o preocupa?”
“Estava a dizer que se preocupava com seus filhos.”
“Fale-me mais.”

(Baile et al, 2000)

29

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Testemunho

“Enganar o doente em nome da tranquilidade de espírito, no meu caso não é conveniente”

(Freud, 1899, citado por The International Journal of psychiatry, 2008)

30

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Testemunho

"tentaram mergulhar-me numa atmosfera de otimismo dizendo-me que o carcinoma está regredindo, que os sintomas reacionais são apenas temporários. Não acredito em nada disso e não gosto de ser enganado".

(Freud, 28 de Abril de 1939, carta 315, para Marie Bonaparte)

31

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Conclusão:

O estilo, bem como os instrumentos e recursos utilizados na comunicação com o doente oncológico e família, são fortes aliados e determinantes no processo de aceitação e adaptação da doença.

A utilização de protocolos comunicacionais pode facilitar o processo, mas também pode, conduzir à sistematização de um procedimento que não deve atender a padrões fechados de conduta.

Estes protocolos devem de ser usado apenas como uma referência e adaptados a cada contexto em particular.

32

Protocolo SPIKES na Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

BIBLIOGRAFIA

- *Alarcão, Z. (1989). O comportamento psicológico do doente oncológico: A componente ansiedade. Porto: Divulgação.
- *Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A. & Kudelka, A. (2000). Spikes – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311.
- Companhia de Freud (1939). Carta a Marie Bonaparte. Galeria de Freud. Retirado em 30 de outubro de 2011 http://www.ciadefreud.com.br/galeria_paga/313.htm
- *Oss, H. (450 a. C.). Juramento de Hipócrates. Retirado a 30 de outubro de 2011. <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/opombo/ha/protogoras/links/hipocrates.htm>
- *Cressard P. (2008). Ética da informação médica. *The Journal of Psychiatry*, 13(3). Retirado em 30 de outubro de 2011. <http://www.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1093/psychiatry/13.3.140>
- *Hennzel M. (2004). *A morte íntima: aqueles que vão morrer nos ensinam a viver*. São Paulo: Ideias & Letras.
- *Köng, I. (1984). *Enfermeira como profissão - Filosofia, princípios y objetivos*. Espanha: Editorial Limusa.
- *Kuijper, I., Kerkstra, A., Kerssens, J., Holtkamp, C., Bensing, J., & HBM. (2001). Communication between nurses and simulated patients with cancer: evaluation of a communication training programme... including commentary by Heaven C and Payne. S. *European Journal Of Oncology Nursing*, 5(3), 140-153.
- *Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- *Regulamento nº 14/2009, da Ordem dos Médicos, Diário da República, n.º 8, II Série, de 11 de Janeiro de 2009. Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Retirado em 30 de outubro de 2011. <http://www.ordemmedicos.pt/pt/legislacao/legislacao-deontologica/legislacao-deontologica-de-2009/publicacoes/revista/2009-2008/pdf/resp-1-2009-109-2009.pdf>
- *Reynolds, J., & Cairwell, R. (2009). The nurse-patient relationship in the post-anaesthetic care unit. *Nursing Standard*, 24(15-17), 40-46
- *Westerling, K. & Bergbom (2008). "The importance of nursing in perioperative care: a patient's perspective." *Journal of Advanced Perioperative Care*, 3 (4) 133-144.

33



Escola Superior Enfermagem de Lisboa

II Curso Mestrado na Área de Especialização Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica

Comunicação da Equipa de Enfermagem com o Doente Oncológico na visita Pré-operatória

Elaborado por:
Anabela Pinto

Janeiro 2012

34

Apêndice VII

Slides da sessão de formação “Treino de habilidades de comunicação – Formação prática e reflexiva”



CASO PRÁTICO

A S^{ra} H. M. tem 79 anos, raça caucasiana, reformada, dois filhos, analfabeta, residente na Lourinhã e deu entrada com o diagnóstico de tumor do ovário direito. A intervenção para que estava proposta era histerectomia e ablação do anexo direito. Depois da consulta do processo, em que a doente apresenta como antecedentes pessoais: hipertensão arterial, diabetes e duas cirurgias anteriores por neoplasia – hemicolectomia à direita em 2002 e ooforectomia à esquerda em 2005 – com sessões de quimioterapia após cada cirurgia, dirigimo-nos à doente. Identificamo-nos e perguntámos como gosta de ser tratada.

A doente diz-nos qual o nome pelo qual prefere ser chamada e inicia-se um diálogo.

Como começaria a visita?
Que pergunta faria para perceber a compreensão da doente em relação à doença?
Que abordagem faria para identificar os medos, receios, as preocupações e expectativas face ao momento que se encontra a viver?
Como se mostraria disponível?

CASO PRÁTICO

A S^{ra} L.M., 57 anos, raça caucasiana, reformada com duas filhas licenciadas, residente em Lisboa. Deu entrada com o diagnóstico de neoplasia da mama do quadrante superior esquerdo com indicação para realizar uma mastectomia simples unilateral extensa com colocação de expansor.

Após consulta do processo da doente, esta apresenta como antecedentes pessoais rinite alérgica e nunca foi operada.

Identificamo-nos e perguntámos como gosta de ser tratada. Indagámos se sabia a que iria ser operada e se tinha algumas dúvidas em que a pudessemos ajudar. A S^{ra} L. começou a chorar e disse:

- "Tenho um tumor na mama. Todos os anos faço a mamografia e este ano acusou um caroço. Se eu tivesse feito o exame dois meses mais cedo se calhar não tinha chegado aqui?" (sic).
- "Tenho medo de me ficar na operação!" (sic)
- "Como vai ser a operação?" (sic)
- "Vou ter dores?"

CASO PRÁTICO

O S^r A.C. tem 60 anos, raça caucasiana, reformado, uma filha viva e outra já falecida (aos 35 anos por neoplasia do ovário), 4º ano de escolaridade e mora em Mafra.

Deu entrada neste hospital com o diagnóstico de adenocarcinoma da transição rectosigmoidal com metástases hepáticas. A intervenção cirúrgica proposta foi sigmoidectomia com bisegmentomia V/VI e metastasectomias.

Este doente fez quimioterapia neoadjuvante e tem um cateter totalmente implantando colocado.

Apresenta como antecedentes pessoais hipoacusia bilateral, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipol.

Esta visita iniciou com a consulta do processo, dirigimo-nos ao doente, identificamo-nos e perguntámos como gosta de ser tratado. Averiguámos se sabia a que iria ser operado e se tinha algumas dúvidas em que o pudessemos ajudar. Ele respondeu:

- "Sei a que vou ser operado. Vão-me operar ao intestino. Eu tenho medo. Não me arranjam um fato de tábuas. A minha filha morreu com 35 anos com cancro do ovário" (sic). (Começou a chorar).
- "Eu sei que há doentes que fazem o que eu faço, mas depois continuam os tratamentos... (silêncio) ... Penso que a cirurgia é a última coisa que vou fazer... (silêncio) ... Tenho lá um netinho gostava de o ver crescer (sic). (Chorou).

A nossa atitude foi



Apêndice VIII

Guia orientador para a realização da visita pré-operatória

Guia Orientador da Visita Pré-Operatória

INFORMAÇÕES GERAIS:

- Apresentação enfermeiro/utente (perguntar o nome pelo qual gosta de ser tratado).
- Dar a conhecer o motivo da sua presença.
- Hora prevista da cirurgia e duração da mesma.
- Quem o acompanhará e receberá no BO.
- Forma como os profissionais se apresentam vestidos no BO.
- Apresentação, se possível visual do, transfer, zona de espera, sala operatória – Uso do folheto informativo – fazendo referência ao aparato da sala e às movimentações de pessoal.

PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA:

- Jejum.
- Higiene e roupa adequada.
- Necessidade de retirar adornos, próteses e maquilhagem.
- Fazer a pré-medicação prescrita.
- Perceber quais os medos, ansiedades, expetativas, necessidades, limitações e dúvidas do utente e esclarecer.

INFORMAÇÕES INTRA-OPERATÓRIAS:

- Posicionamento.
- Monitorização.
- Punções.
- Forma de indução anestésica / tipo de anestesia.
- Drenagem, soros, entubação, algaliação.

INFORMAÇÕES DO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO:

- Permanência na Unidade de cuidados pós-anestésicos.
- Informação sobre possível desconforto/dor.
- Possíveis formas de alívio da dor (ex. posição, música, analgesia).
- Solicitar assistência/analgesia em caso de dor.
- Presença de sondas e drenos.
- Esclarecer sobre o despertar anestésico (sonolência, boca seca, dor, tremor, sensação de frio...).
- Transferência para a enfermaria.

Apêndice IX

Folheto informativo sobre o bloco operatório



Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

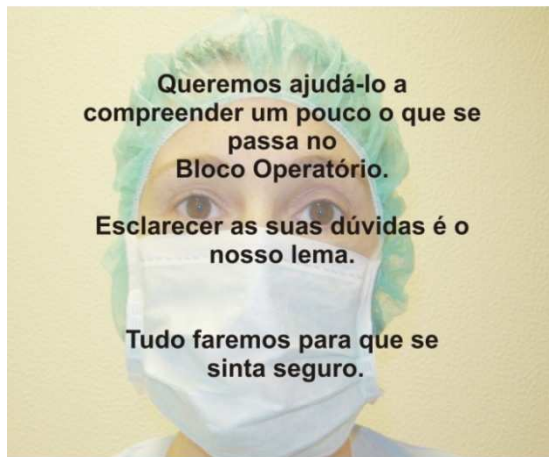
- No final da cirurgia irá para a unidade de cuidados pós-anestésicos, onde um enfermeiro e um anestesista cuidarão de si.
- É ajudado a passar da marquesa cirúrgica para uma cama.
- Pode sentir frio ou tremores mas será aquecido.
- Pode ter drenos no local da cirurgia.
- Pode ter uma sonda no nariz ou uma sonda na bexiga.
- Deve queixar-se quando sente dor, para lhe ser administrado medicamentos.
- Quando o anestesista achar que reúne as condições necessárias para deixar esta unidade é transferido para a enfermaria onde outros profissionais continuarão a cuidar de si.



Elaborado por:
Anabela Oliveira Rodrigues Pinto
2012



BLOCO OPERATÓRIO
Piso 1



- Não deve comer, beber ou fumar no dia da cirurgia.
- Deve efectuar a higiene do corpo, dando especial atenção à higiene oral.
- Deve urinar antes de ir para o Bloco Operatório.
- Deve retirar todos os adornos de metal (pulseiras, fios anéis, relógio, piercings e outros).
- Deve retirar próteses (dentárias, oculares, auditivas ou outras).
- Deve vestir bata própria que lhe será fornecida.
- No Bloco Operatório é recebido por um enfermeiro e um assistente operacional e encaminhado para a sala operatória.
- A equipa é constituída por enfermeiros, médico anestesista, médico cirurgião, ajudantes e outros técnicos.
- É um local de acesso restrito, sendo necessário usar roupa adequada e calçado, proteger os cabelos e usar máscara sendo por isso difícil reconhecer quem é quem.
- Os aparelhos e equipamentos que vai ver, são necessários para que tudo corra bem.
- Pode ser pedida a sua colaboração dependendo do tipo de anestesia a que vai ser submetido.
- Qualquer dúvida ou receio que queira esclarecer, poderá fazê-lo junto do enfermeiro.

Apêndice X

Cartaz – “Comunicação com o doente oncológico”

COMUNICAÇÃO COM O DOENTE ONCOLÓGICO

(Visita Pré-Operatória)

Protocolo **SPIKES** (Baile et al, 2000)

↳ Guia orientador na comunicação com o doente oncológico

S

Setting up the interview

Preparação para a entrevista

P

Assessing the patient's Perception

Avaliar a perceção do doente sobre a doença

I

Obtaining the patient's Invitation

Obter a atenção do doente

K

Giving Knowledge and information to the patient

Dar a informação

E

Addressing the patient's Emotions with empathic responses

Responder às emoções do doente (Desgosto, isolamento, raiva, revolta)

S

Strategy and summary

Plano de acompanhamento e terminar a entrevista

(estratégia de tratamento e resumo)

Os instrumentos e recursos utilizados pelo enfermeiro na comunicação verbal e não-verbal com o doente oncológico e família, são fortes aliados e determinantes no processo de aceitação da doença.

Elaborado por:

Orientado por: Anabela Pinto

Bibliografia: Wilkinson, S., Roberts, A., & Aldridge, J. (1998). Nurse-patient communication in palliative care: an evaluation of a communication skills programme. *Palliative Medicine*, 12(1), 13-22.
Kruyer, J., Korfus, A., Kerssens, J., Hölkamp, C., Bensing, J., & HBM. (2001). Communication between nurses and simulated patients with cancer: evaluation of a communication training programme... including commentary by Heaven C and Payne S. *European Journal Of Oncology Nursing*, 5(3), 140-153.
Radziewicz, R., & Baile, W. (2001). Communication skills: breaking bad news in the clinical setting. *Oncology Nursing Forum*, 28(6), 951-953.
Heaven, C., Olegg, J., & Maguire, P. (2005). Transfer of communication skills training from workshop to workplace: the impact of clinical supervision. *Patient Education And Counseling*, 60(3), 313-325.
PALMER, C., & Thain, C. (2010). Strategies to ensure effective and empathetic delivery of bad news. *Cancer Nursing Practice*, 9(8), 24-27.

Composição Gráfica: David Santos

Apoio:  COVIDIEN

Apêndice XI

Cartaz – “Protocolo SPIKES”

PROTOCOLO SPIKES

GUIA ORIENTADOR NA TRANSMISSÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Setting

Preparar a entrevista

Percepção

Ouvir e perceber o doente

Invitation

Adequar a informação

Knowledge

Partilhar informação

Emotion

Gerir as emoções

Strategy

Definir estratégias

Bibliografia:

- Heaven, C., Clegg, J., & Maguire, P. (2006). Transfer of communication skills training from workshop to workplace: the impact of clinical supervision. *Patient Education And Counseling*, 60(3), 313-325.

- Kruijver, I., Kerkstra, A., Kerssens, J., Holtkamp, C., Bensing, J., & HBM. (2001). Communication between nurses and simulated patients with cancer: evaluation of a communication training programme... including commentary by Heaven C and Payne S. *European Journal Of Oncology Nursing*, 5(3), 140-153.

- Palmer, C., & Thain, C. (2010). Strategies to ensure effective and empathetic delivery of bad news. *Cancer Nursing Practice*, 9(9), 24-27.
Wilkinson, S., Roberts, A., & Aldridge, J. (1998). Nurse-patient communication in palliative care: an evaluation of a communication skills programme. *Palliative Medicine*, 12(1), 13-22.

- Radziewicz, R., & Baile, W. (2001). Communication skills: breaking bad news in the clinical setting. *Oncology Nursing Forum*, 28(6), 951-953.

Orientadora:
Pinto, Anabela



COVIDIEN

Apêndice XII

Folheto de bolso informativo do protocolo SPIKES



COMUNICAÇÃO COM O DOENTE ONCOLÓGICO

Orientado por: Pinto, Anabela.

Protocolo SPIKES

S - Setting up the interview

Preparação para a entrevista:

- Rever a informação clínica relevante (consultar o processo),
- Preparação emocional,
- Dar informação pessoalmente e de forma gradual,
- Local privado e confortável,
- Presença de acompanhante,
- Manter contacto visual com o doente.

P - Assessing the patient's Perception

Avaliar a perceção do doente sobre a doença:

- Avaliar o estado emocional do doente,
- Perceber o que o doente sabe sobre a doença,
- Esclarecer o doente.

I - Obtaining the patient's Invitation

Obter a atenção do doente:

- Perceber se o doente quer ou não ser informado,
- Perceber se o doente quer receber pormenores sobre o seu estado clínico.

K - Giving Knowledge and information to the patient

Dar a informação:

- Avisar o doente de que as notícias são más,
- Linguagem simples e compreensível,
- Evitar frases longas,
- Validar se o doente está a entender o que lhe é dito,
- Se mau prognóstico, comunicar ao doente outras intervenções terapêuticas (alívio dos sintomas e prevenção da dor).

E - Addressing the patient's Emotions with empathic responses

Responder às emoções do doente (Desgosto, isolamento, raiva, revolta):

- Mostrar-se solidário e apoiar o doente,
- Estabelecer uma relação de ajuda com o doente,
- Tocar no doente,
- Não discutir com a negação, aceitar a ambivalência.

S - Strategy and summary

Plano de acompanhamento e terminar a entrevista (estratégia de tratamento e resumo):

- Fazer um plano de acção de futuro,
- Manter uma esperança realista,
- Orientar o doente para resolver os seus problemas,
- Encorajar o doente a colocar sempre as suas dúvidas,
- Programar outro encontro.

Bibliografia: Wilkinson, S., Roberts, A., & Aldridge, J. (1998). Nurse-patient communication in palliative care: an evaluation of a communication skills programme. *Palliative Medicine*, 12(1), 13-22; Kruijver, I., Kerkstra, A., Kerssens, J., Holtkamp, C., Bensing, J., & HBM. (2001). Communication between nurses and simulated patients with cancer: evaluation of a communication training programme... including commentary by Heaven C and Payne S. *European Journal Of Oncology Nursing*, 5(3), 140-153; Radziewicz, R., & Baile, W. (2001). Communication skills: breaking bad news in the clinical setting. *Oncology Nursing Forum*, 28(6), 951-953; Heaven, C., Clegg, J., & Maguire, P. (2006). Transfer of communication skills training from workshop to workplace: the impact of clinical supervision. *Patient Education And Counseling*, 60(3), 313-325; PALMER, C., & Thain, C. (2010). Strategies to ensure effective and empathetic delivery of bad news. *Cancer Nursing Practice*, 9(9), 24-27.

Composição Gráfica: David Santos

Apoio:  **COVIDIEN**